

W 3
PA475
1920m

✓
MEMORIA

DE LA

Surgeon

DELEGACIÓN DEL URUGUAY

PRESENTADA A LA

VI CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL

DE LAS

REPÚBLICAS AMERICANAS

MONTEVIDEO .. 12.20 DE DICIEMBRE DE 1920

MONTEVIDEO

Imp. "El Siglo Ilustrado", de Gregorio V. Mariño
938 - CALLE SAN JOSÉ - 988

1920

W3 PA475 1920m

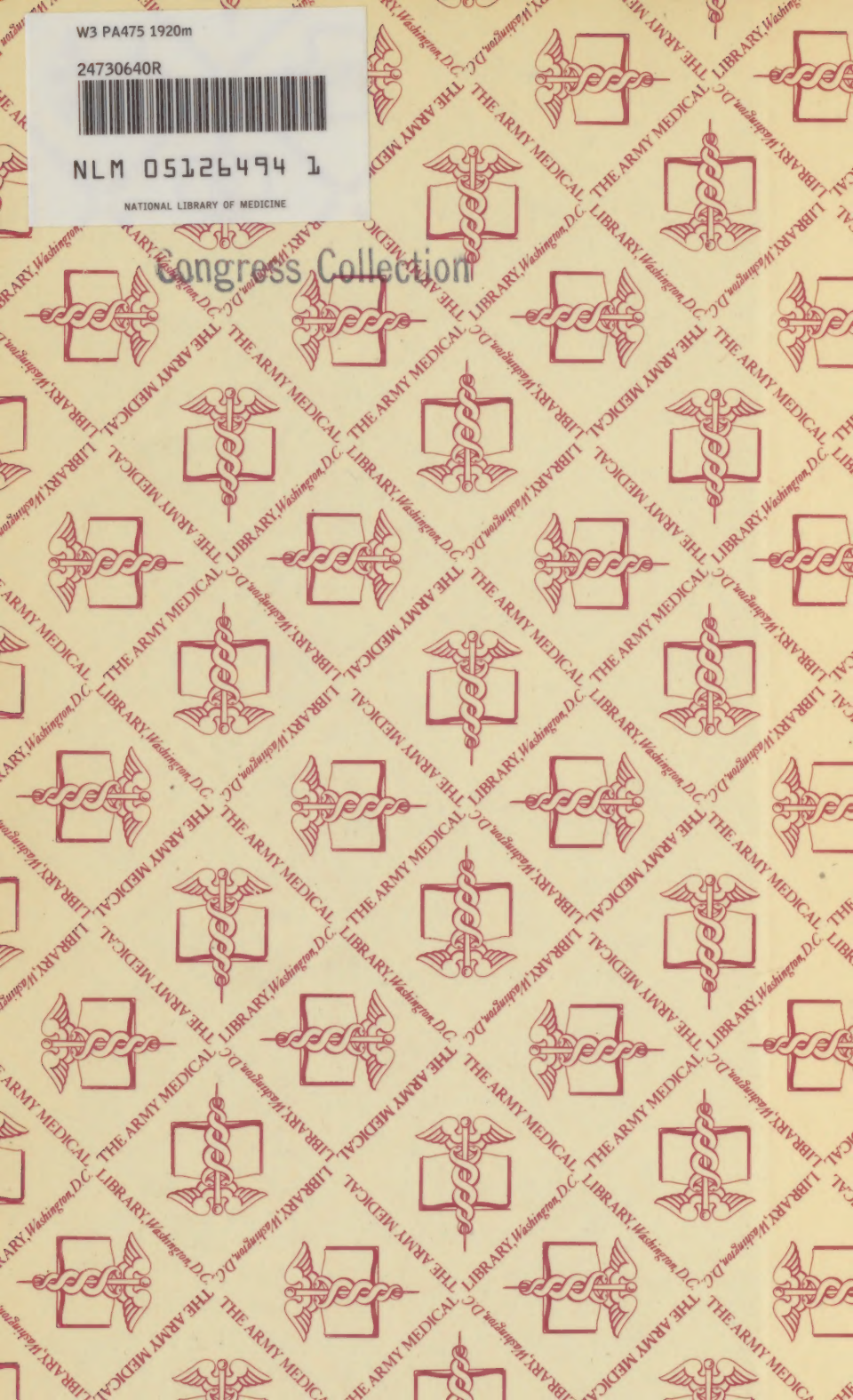
24730640R

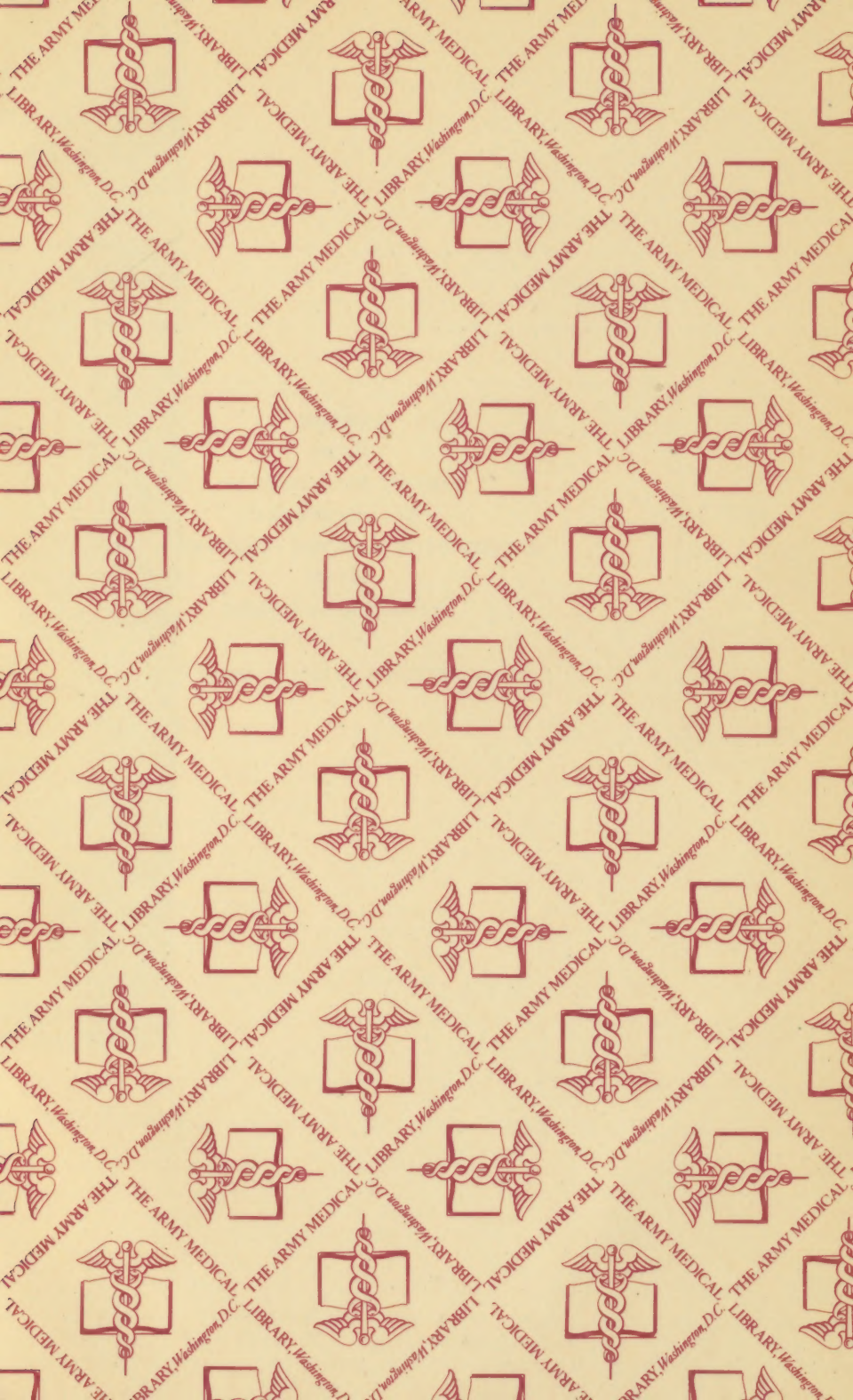


NLM 05126494 1

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE

Congress Collection





Int. Cong.

1404

MEMORIA
DE LA
DELEGACIÓN DEL URUGUAY
PRESENTADA A LA
VI CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL
DE LAS
REPÚBLICAS AMERICANAS

MONTEVIDEO — 13-20 DE DICIEMBRE DE 1920

*International Sanitary Conference of the
American Republics. 6th, Montevideo, 1920
Delegation from Uruguay*
MEMORIA

DE LA

DELEGACIÓN DEL URUGUAY

PRESENTADA A LA

VI CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL

DE LAS

REPÚBLICAS AMERICANAS

MONTEVIDEO -- 12-20 DE DICIEMBRE DE 1920

MONTEVIDEO

Imp. "El Siglo Ilustrado", de Gregorio V. Mariño
938 - CALLE SAN JOSÉ - 938

1920

1404

W3

PA475

1920m

c.1

W3
PA475
1920m
c.1

REPUBLICAS AMERICANAS

MONTEVIDEO - 15 DE DICIEMBRE DE 1920

MONTEVIDEO

MONTEVIDEO - 15 DE DICIEMBRE DE 1920

PROGRAMA de la VI Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, que se efectuará en la ciudad de Montevideo del 12 al 20 de diciembre de 1920.

Cada Delegación enviará una Memoria impresa, acompañada de un resumen, a la Secretaría de la Conferencia, quince días antes de su apertura. Los ejemplares que se remitan se distribuirán oportunamente entre los Delegados, para que puedan informarse de su contenido antes de abrirse las sesiones.

Esa Memoria comprenderá los siguientes puntos:

1.º Leyes, ordenanzas y disposiciones sanitarias dictadas después de la V Conferencia.

2.º Adopción de las resoluciones tomadas por las Conferencias anteriores.

3.º Enumeración de las enfermedades contagiosas que hayan reinado después de la V Conferencia (en especial la *gripe*), medidas adoptadas para evitar su propagación, número de casos y defunciones.

4.º Consideraciones relativas a la aparición y desarrollo de la peste bubónica; procedimientos empleados para combatirla; sus resultados.

5.º Frecuencia de la meningitis cerebro-espinal epidémica, de la poliomielitis anterior trasmisible, y la encefalitis letárgica.

6.º Estado actual de la lucha contra la tuberculosis, fiebre amarilla, malaria, tracoma y anquilostomiasis.

7.º Datos referentes a la lepra y a las medidas puestas en práctica para evitar su difusión.

8.º Estado actual de la lucha contra la avariosis.

9.º Organización y funcionamiento del servicio de desinfección. Trabajos realizados.

10. Movimiento de población y proporción de la mortalidad en el último quinquenio.

11. Servicios de agua corriente y alcantarillado. Su extensión.

12. Aplicación de los distintos sistemas de pavimentación.

13. Organización y funcionamiento del servicio de sanidad marítima.

14. Trabajos de las Comisiones de Sanidad de cada una de las Repúblicas Americanas.

15. Datos acerca del funcionamiento del Centro Informativo Sanitario de Montevideo. (1)

(1) Este punto deberá ser tratado por la Delegación del Uruguay.

1. Disposiciones de carácter sanitario dictadas desde el año 1911 a 1920

POR EL DOCTOR ALFREDO VIDAL Y FUENTES

Son muchas las leyes, reglamentaciones y ordenanzas sanitarias de carácter nacional que se han dictado en este lapso de tiempo. En el Anexo adjunto se encontrará una explícita relación de ellas.

Las Municipalidades de todos los departamentos de la República han adoptado también numerosas disposiciones, sobre todo la de Montevideo, que responden al espíritu de aquellas que tienen carácter nacional. Esas disposiciones, muy importantes por lo general, no deben, sin embargo, ocupar por hoy nuestra atención, por no estar comprendido su estudio en el programa de esta Conferencia.

He ordenado las disposiciones a que antes me he referido en el Anexo adjunto, no por el valor o importancia que pudieran tener, sino para conservar el orden cronológico.

No podré ocuparme de todas esas disposiciones, pues debo reducir esta exposición a los términos de un resumen. De modo, pues, que sólo a algunas de ellas me referiré, no sabiendo si tendré la suerte de elegir las de mayor importancia.

El reglamento de la ley de vacunación y revacunación anti-variológicas (Anexo número 1) expresa la forma como se debe hacer práctica esa ley por el Consejo Nacional de Higiene, que dispondrá para esta tarea de un número de vacunadores competentes. Por esa ley la vacunación debe efectuarse a los 6 meses de nacido un niño y la revacunación a los 10 y 20 años de edad. Debido a dificultades financieras no ha sido posible hacer práctica la vacunación de una manera completa, pero los Poderes públicos se proponen arbitrar los recur-

sos necesarios para que esa benéfica operación de profilaxis pueda hacerse en forma intensiva.

No obstante estas dificultades, el Consejo Nacional de Higiene ha luchado con tesón utilizando los recursos con que cuenta para evitar el desarrollo de epidemias de viruela y ha conseguido su objeto. En efecto: hace cerca de siete años que no hay viruela en nuestro país. Es cierto que la estadística acusa algunos casos de esa enfermedad, pero siempre se trató de personas que desembarcaron enfermos para atenderlos en aislamiento en el Lazareto, sin peligro para nadie, y en otros casos eran sujetos que penetraban por nuestras fronteras trayendo el mal en incubación, el cual se declaraba en el momento oportuno.

Por suerte siempre se tuvo conocimiento de la novedad sanitaria producida desde los primeros momentos, de modo que el Consejo Nacional de Higiene, procediendo con actividad y energía en la aplicación de las medidas de profilaxis indicadas para evitar la propagación de la viruela, consiguió aislar el peligro de contagio y dominarlo en todos los casos, evitando el desarrollo de una epidemia.

Por ley de 27 de abril de 1915 se creó el cuerpo de los Médicos de Servicio Público, en reemplazo de las Inspecciones Departamentales de Higiene que desde algunos años funcionaban bajo la dirección del Consejo Nacional de Higiene con el beneplácito de todas las localidades que recibían sus beneficios.

Los Médicos de Servicio Público, entre otros cargos, son delegados sanitarios a las órdenes del Consejo de Higiene y tienen por esa circunstancia que llenar la misión que les estaba encomendada a los antiguos Inspectores de Higiene: la vacunación, la inspección sanitaria de la prostitución; deben proceder de inmediato cuando se les anuncia algún caso de enfermedad contagiosa, tomando todas las medidas contenidas en el Reglamento de Sanidad Terrestre; deben informar en todas las cuestiones de índole sanitaria o higiénica siempre que su opinión sea requerida; atenderán las casas de aislamiento que se habiliten en los casos de epidemia.

Para cumplir estos cometidos cuentan los funcionarios referidos con escasos elementos y limitado personal. Por esto

debemos hacer un voto para que los legisladores nacionales dicten una ley restableciendo las Inspecciones Departamentales de Higiene en la forma completa como funcionaban. Si se consigue la realización de este voto habríamos hecho gran beneficio a la República. (Véase Anexo número 3).

Las medidas de desinfección fueron declaradas facultativas tratándose del sarampión, y al hacerlo el Consejo de Higiene procedió con criterio estrictamente científico. En efecto: esa enfermedad es contagiosa en los primeros días que se anuncia, cuando sus síntomas premonitorios, el coriza, el lagrimeo, se presentan. Poco podrán hacer las medidas de desinfección, que recién vendrán a tomarse pasados muchos días después que desapareció el período de contagiosidad de la enfermedad. No obstante, en casos especiales, a requerimiento del médico, la autoridad sanitaria hará las desinfecciones apropiadas a los casos de males contagiosos. (Véase el Anexo número 15).

Por decreto del 23 de mayo de 1917 se creó el Instituto Profiláctico de la Sífilis. Los resultados prácticos de esta institución ya se están viendo y constituyen un bien para todas las personas que concurran a los seis Dispensarios que funcionan en Montevideo.

Como en otra comunicación debo dedicarle mayor extensión a este asunto, me limito a llamar la atención sobre el Anexo número 4, donde están todos los antecedentes que se relacionan con la fundación de este Instituto.

La Ordenanza número 6 del Consejo Nacional de Higiene, que se relaciona con las enfermedades de declaración obligatoria, ha sido completada en estos últimos años, incluyéndose entre ellas la meningitis cerebro-espinal epidémica, el tracoma, la parálisis infantil, las fiebres paratifoideas, el carbunco, la gripe insólita, la encefalitis epidémica.

Al establecer la obligatoriedad de estas enfermedades se dictaron también las medidas de profilaxis que podrían contribuir a evitarlas.

Por un decreto resolvió el Poder Ejecutivo hacer efectiva la vacunación antitífica en el Ejército, Armada y Policía de la República. Esta práctica ha dado excelentes resultados, pues la tifoidea es excepcional entre nuestros soldados. (Véase Anexo número 5).

En el Anexo número 10 está la resolución del Consejo Na-

cional de Administración, por el cual se le autoriza al Consejo de Higiene a disponer de la suma de \$ 25,000 para defensa sanitaria.

Hoy el Lazareto de la Isla de Flores está preparado para recibir en observación hasta 600 pasajeros.

ANEXO N.º 1

Decreto reglamentario de la ley de VACUNACION Y REVACUNACION ANTIVARIOLICA OBLIGATORIAS

Ministerio del Interior.

Montevideo, 2 de junio de 1913.

El Presidente de la República, reglamentando la ley de 25 de septiembre de 1911,

DECRETA :

Artículo 1.º Los menores de edad en todo el territorio de la República, están obligados a someterse a la vacunación y revacunación antivariólica, debiendo verificarse la vacunación en los primeros seis meses de la vida, la primera revacunación en el curso del décimo año y la segunda revacunación dentro del vigésimo año.

Se entiende por menores de edad, a los efectos de esta ley, los que no tienen más de veinte años.

Art. 2.º Si al tiempo de ejecutarse la ley que se reglamenta el menor tuviera más de seis meses, será vacunado antes del décimo año y revacunado en el transcurso del décimo y vigésimo año.

Art. 3.º Los padres, tutores, y en general cualquiera persona que tenga menores a su cuidado, de acuerdo con la ley están obligados a hacerlos vacunar y revacunar en las épocas indicadas por el artículo 1.º de la ley, bajo la sanción establecida por el artículo 5.º de la misma para el caso de omisión.

Art. 4.º En los casos en que, a juicio de la autoridad sanitaria, no pueda efectuarse la vacunación o revacunación de

los menores debido a su mal estado de salud en el momento en que deba practicarse, aquélla la ordenará una vez que hayan desaparecido las causas que temporalmente la impidieron.

Si hubiera duda sobre la subsistencia de esas causas, se someterá el caso a la decisión del Consejo Nacional de Higiene, quien resolverá, previo informe de uno o más funcionarios médicos que comisionará para que lo asesoren.

Art. 5.º Si la primera vacunación o revacunación no tuviere éxito, deberán repetirse éstas por segunda vez y hasta por tercera.

La autoridad sanitaria podrá disponer, siempre que lo considere necesario, que ésta se practique por un funcionario médico de su dependencia.

Art. 6.º La vacunación y la revacunación podrá llevarse a cabo por el médico que elija el obligado, o la persona encargada de éste si es menor, excepto el caso a que se refiere el artículo anterior.

La autoridad respectiva proveerá a los médicos de la linfa animal, con la cual deben necesariamente practicarse la vacunación y revacunación, ejerciéndose, además, el contralor correspondiente para la comprobación de los resultados.

Art. 7.º Están especialmente obligados a la vacunación, sin distinción de edad, los jefes, oficiales, clases y soldados del Ejército y Armada; el personal de Policía; los empleados de Salubridad y del Corralón Municipal, y los alumnos de Instrucción primaria, secundaria y estudios superiores.

Art. 8.º Los Directores de las escuelas, colegios y Universidad del Estado, Institutos o Liceos Departamentales y demás establecimientos de enseñanza, están obligados a exigir para el ingreso de cada alumno un certificado expedido por un médico o vacunador oficial, en el que se haga constar haber sido aquél vacunado o revacunado con resultado favorable.

Art. 9.º Los Directores de establecimientos dependientes de la Asistencia Pública Nacional deberán hacer efectiva a su ingreso la vacunación o revacunación de las personas que han de asistir en dichos establecimientos, a quienes comprendan la ley de vacunación y revacunación obligatorias, con excepción de las que justifiquen por certificado legalmente expedido, haber sido vacunadas o revacunadas con éxito, o que por razón de enfermedad estuvieran transitoriamente impedidas de hacerlo.

Art. 10. La vacunación y revacunación antivariólica se justificará por medio de certificados expedidos por médicos o vacunadores oficiales, previa verificación del resultado obtenido.

El formulario que ha de emplearse para los expresados certificados y las formalidades relativas a la obtención e inscripción de los mismos, serán determinados por el Consejo Nacional de Higiene.

Art. 11. En el Departamento de Montevideo se practicará la vacunación y revacunación por los médicos o vacunadores dependientes del Consejo Nacional de Higiene y de la Intendencia Municipal, en las oficinas públicas de vacunación, en los locales que provisoriamente se habiliten al efecto y en el domicilio de los obligados, siempre que fuera necesario.

Art. 12. El Consejo Nacional de Higiene determinará en los Departamentos de campaña los lugares en que se verificarán las sesiones de vacunación y revacunación oficiales y de revisión de los resultados de dichas operaciones.

Art. 13. El Consejo Nacional de Higiene determinará las fechas en que debe procederse a la vacunación y revacunación obligatorias en los Departamentos de la capital y campaña.

Art. 14. Las sesiones a que se refieren los artículos precedentes serán anunciadas con la debida anticipación por medio de avisos que se publicarán y se fijarán en los lugares más apropiados, en los cuales se especificarán la fecha y sitio en que aquéllas tendrán lugar, recordándose las obligaciones legales y las penalidades en que incurran las personas obligadas por la ley que se reglamenta.

Los padres, tutores y encargados de menores están obligados a enviar a éstos a las sesiones de vacunación y revacunación, sometiéndolos a la operación vacinal, así como también a la comprobación de esta operación en las sesiones de revisión.

Quedan eximidos de cumplir con esa obligación los que hayan hecho o hicieren inscribir en las oficinas de vacunación o locales habilitados al efecto, un certificado por el que se compruebe la vacunación y revacunación dispuesta por la ley, con la data y el resultado de esas operaciones controladas, expedidas por el médico o vacunador oficial que las haya practicado, así como los menores que justifiquen hallarse amparados por el artículo 6.º de este decreto.

Art. 15. Las sesiones de vacunación podrán ser transferidas

por disposición superior, para los habitantes de la localidad o localidades en que una enfermedad infecto-contagiosa (excepción hecha de la viruela) reine epidémicamente o amenace extenderse con tal carácter.

Art. 16. Los menores de edad y los mayores obligados por esta ley serán vacunados en sus propios domicilios siempre que se compruebe en éstos la existencia de una enfermedad contagiosa.

Art. 17. Para practicar la vacunación y revacunación sólo se empleará la vacuna animal.

El Conservatorio Municipal de Vacuna de Montevideo proveerá de la linfa necesaria para que se cumplan los fines de la ley, con sujeción a las disposiciones vigentes sobre expendio.

Art. 18. La vacunación y revacunación oficial será siempre gratuita.

Art. 19. El Consejo Nacional de Higiene y la Intendencia Municipal de Montevideo dispondrán que se formule oportunamente la lista de las personas obligadas a la vacunación.

La Dirección del Registro de Estado Civil queda obligada a suministrar mensualmente al Consejo Nacional de Higiene los datos pertinentes, requiriéndolos previamente en caso necesario de las demás autoridades de su dependencia.

Art. 20. El Consejo Nacional de Higiene, los Inspectores Departamentales de Higiene en los Departamentos de campaña y la Intendencia Municipal de Montevideo, quedan facultados para imponer las multas y hacer las advertencias previstas por el artículo 5.º de la ley.

Art. 21. El Consejo Nacional de Higiene formulará la estadística de la vacunación.

Art. 22. Las ordenanzas que dicte el Consejo Nacional de Higiene con motivo del servicio de vacunación y revacunación obligatorias serán sometidas a la aprobación del Poder Ejecutivo.

Art. 23. Comuníquese, insértese y publíquese.

BATLLE Y ORDÓÑEZ.

FELICIANO VIERA.

ANEXO N.º 2

**Decreto por el que se modifican las disposiciones reglamentarias sobre
TRANSPORTE MARÍTIMO DE EMIGRANTES, DESTINADOS A
LA REPÚBLICA.**

Ministerio de Industrias.

Ministerio del Interior.

Ministerio de Relaciones Exteriores.

Ministerio de Hacienda.

Ministerio de Guerra y Marina.

Montevideo, 18 de febrero de 1915.

Considerando: Que el decreto de 10 de diciembre de 1894, reglamentario de la Ley de Inmigración de 12 de junio de 1890, se ha prestado en la práctica a abusos diversos por las empresas de transportes marítimos, dificultándose con ello el cumplimiento estricto de las disposiciones legales vigentes;

Que ese abuso ha consistido principalmente en el desconocimiento, a pretexto de silencio en el decreto reglamentario, de las sanciones que establecen los artículos 9.º, 25, 28, 29 y 30 de la ley;

El Presidente de la República

DECRETA:

Artículo 1.º Derógase el Decreto de 10 de diciembre de 1894.

Art. 2.º Decláranse en vigencia los artículos 9.º, 25, 28, 29 y 30 de la Ley 12 de junio de 1890, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 41 de la misma.

Art. 3.º Se consideran inmigrantes de rechazo:

- A) Los enfermos afectados de lepra, tracoma y tuberculosis abierta.
- B) Los dementes en cualquier grado.
- C) Los mendigos.
- D) Los que por vicio orgánico o defecto físico sean inhábiles para el trabajo.
- E) Los zángaros.

- F) Los asiáticos y africanos que a juicio de las autoridades de inmigración sea conveniente su rechazo.
- G) Los que carezcan de pasaportes o documentos que justifiquen no haberse embarcado en contravención de la ley. Estos comprobantes podrán suplirse por el certificado referido en el artículo 9.º de la ley.
- H) Los mayores de sesenta años.
- I) Los que ejerzan alguna profesión, arte o industria ambulante o con instalaciones provisorias, que a juicio de la Dirección de Inmigración sea conveniente su rechazo, ya por lo perjudicial que su comercio pueda resultar para la población, ya por la falta de higiene.

Siempre que la Dirección de Inmigración tenga conocimiento de la existencia de estos ambulantes en cualquier punto de la República, deberá solicitar el concurso de la policía del respectivo Departamento, para obligarles a abandonar el país dentro de un término prudencial que fijará la Dirección de Inmigración.

Art. 4.º Los sexagenarios serán aceptados:

- A) Cuando vengan como jefes de familia y acompañados de ésta, debiendo justificar ese carácter con documentos cuya validez apreciará la Inspección de Desembarco.
- B) Cuando no viniendo acompañados de su familia, se hubiere justificado, antes del desembarco, que tienen en esta República parientes que se hacen cargo de su cuidado y manutención y que tienen medios bastantes para ello.

Art. 5.º Las mismas disposiciones que rigen para la admisión de sexagenarios se aplicarán en los casos de llegada de inmigrantes ciegos.

Art. 6.º El Inspector de Desembarco practicará la visita de inmigración conjuntamente con el médico de Sanidad Marítima, correspondiendo a éste la determinación, previo examen, de cuáles son los inmigrantes que no pueden desembarcar en virtud de estar afectados de alguna de las enfermedades determinadas en el inciso A) del artículo 2.º, o por vicio orgánico o por defecto físico.

Art. 7.º El Inspector de Desembarco, cuando lo crea conveniente, solicitará de la Inspección de Sanidad Marítima la presencia a bordo de un médico de esa Repartición, para la inspección de inmigrantes procedentes de la República Argentina o del Paraguay.

Art. 8.º Cuando el médico no pueda hacer un diagnóstico y por el examen practicado le parece que algún inmigrante es sospechoso de estar afectado de alguna de las enfermedades clasificadas de rechazo, podrá el sujeto sospechoso "desembarcar condicionalmente", para ser recludo en algún hospital hasta establecer el diagnóstico definitivo.

En el acta que se levante al efecto se hará constar que en caso de resultar el inmigrante sospechoso afectado de alguna de las enfermedades clasificadas de rechazo, deberá ser conducido al puerto de embarco en el primer vapor de la respectiva Compañía que haga escala en este puerto.

Dicha acta la firmarán el Médico de Sanidad, el Inspector de Desembarco, el ayudante de la Capitanía, el capitán del buque y el representante de la agencia.

Art. 9.º La autoridad de a bordo entregará al Inspector de Desembarco una lista completa de los pasajeros.

Art. 10. El Inspector de Desembarco examinará personalmente los individuos sospechosos, y siempre que resulten comprendidos en la clasificación de rechazo, prohibirá el desembarco, imponiendo a la autoridad de a bordo la obligación de re-conducirlos y una multa de cien pesos oro por cada uno de esos individuos.

Art. 11. En los casos de enfermedades de rechazo sólo podrá hacerse efectiva la multa, por la declaración escrita del Médico de Sanidad que intervino en la inspección, de que tal enfermedad era posible comprobarla por un examen médico competente, en el momento del embarco.

Art. 12. A la hora de partida del buque infractor, el Inspector de Desembarco practicará una segunda visita para cerciorarse de la presencia del pasajero rechazado. Si éste hubiere desembarcado sin autorización de la Dirección de Inmigración, se impondrá una multa de cien pesos oro por cada uno de esos pasajeros.

Art. 13. Si el número de inmigrantes fuese menor del que figura en la lista de pasajeros, el capitán del buque está obli-

gado a justificar la causa de la falta. Si la justificación fuere insuficiente, o fuese negada, se aplicará una multa de cien pesos por cada persona desaparecida.

Art. 14. Por cada inmigrante que desembarque sin conocimiento del Inspector de Desembarco, el capitán del buque respectivo será penado con una multa de cien pesos oro por cada uno de los inmigrantes desembarcados en esa forma, sin perjuicio de la reconducción de los mismos.

Art. 15. Las multas referidas en los artículos 9.º, 10, 11, 12 y 13 serán abonadas por el capitán del buque infractor en el acto de hecha la notificación por escrito. En caso de resistencia, la Dirección de Inmigración solicitará por nota, de la Capitanía General de Puertos, que se impida la salida de ese buque hasta tanto sea cumplida la pena impuesta.

Art. 16. Los que perturben el orden y régimen establecidos para la observancia de las disposiciones generales de la ley y del presente decreto, serán penados del modo siguiente:

Si la infracción procediese del capitán o del personal de tripulación del buque visitado, la multa será de cincuenta a cien pesos oro, según la gravedad del caso.

Si procediese de patronos o marineros de embarcaciones de rada, la multa será de treinta a cincuenta pesos oro, según la gravedad de la falta.

Si procediese de pasajeros u otros individuos particulares, la multa será de veinte pesos oro.

Cuando se trata de aplicación de la multa a capitanes o tripulación del buque, en caso de resistencia se aplicará la disposición del artículo anterior.

Cuando se refiere a patronos o marineros de embarcaciones de rada o individuos particulares, en caso de resistencia sufrirán prisión equivalente.

Art. 17. Las autoridades de a bordo están obligadas a permitir a los Inspectores de Desembarco la inspección total del buque para el mejor desempeño de sus funciones.

Art. 18. En todos los casos de imposición de multas por la Dirección de Inmigración, la parte condenada, previo pago del importe de la multa, tendrá recursos ante el Poder Ejecutivo, cuyo fallo hará cosa juzgada.

Fíjase en cinco días, a contar desde la consignación de la multa, el término para deducir ese recurso.

Art. 19. La Capitanía General de Puertos y la Policía atenderán y cumplirán las órdenes de la Inspección de Desembarco, relativas al desempeño de sus funciones.

La Inspección del Resguardo prestará su concurso para facilitar, dentro de los medios posibles, la pronta revisión de los equipajes de inmigrantes.

Art. 20. La Inspección de Desembarco anotará diariamente en un libro el parte de visita de cada buque, por separado, relacionando lo ocurrido en ella.

Art. 21. Por el Ministerio de Relaciones Exteriores se impartirán a los Cónsules acreditados en el exterior las órdenes del caso para que se abstengan en absoluto de visar o autorizar cédulas, certificados, pasaportes u otros documentos análogos que les fueren presentados a ese efecto por personas que deseen inmigrar al país y se hallasen comprendidas en la clasificación de inmigrantes de rechazo.

Art. 22. Comuníquese, publíquese e insértese en el L. C.

BATLLE Y ORDÓÑEZ.

JUSTINO JIMÉNEZ DE ARÉCHAGA.

FELICIANO VIERA.

BALTASAR BRUM.

PEDRO COSIO.

JUAN BERNASSA Y JEREZ.

ANEXO N.º 3

MÉDICOS DEL SERVICIO PÚBLICO.—Ley creándolos en las capitales de los departamentos de campaña, en reemplazo de los Inspectores Departamentales de Higiene y Médicos de Policía y de Guardia de Cárceles.—Decreto reglamentario de la precedente ley.

Poder Legislativo.

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General, etc., etc.,

DECRETAN:

Artículo 1.º Suprímense los cargos de Inspectores Departamentales de Higiene y de Médicos de Policía y Guardia de

Cárcel en las capitales de los Departamentos del litoral e interior, y créanse en su reemplazo diez y ocho cargos de Médicos del Servicio Público con la asignación anual de mil doscientos pesos cada uno.

Art. 2.º Los Médicos del Servicio Público tendrán todos los deberes y atribuciones que las leyes vigentes acuerdan a los Inspectores Departamentales de Higiene y a los Médicos de Policía y de Guardia de Cárcel; dependerán de las Jefaturas Políticas y de Policía y también recibirán órdenes e instrucciones del Consejo Nacional de Higiene.

Art. 3.º Los Médicos del Servicio Público serán amovibles y nombrados por el Poder Ejecutivo.

Art. 4.º Las funciones llenadas actualmente por los Médicos forenses y de extramuros, serán desempeñadas en lo sucesivo por los Médicos de la Asistencia Pública, debiendo éstos acatar las indicaciones de las autoridades competentes y presentar los respectivos informes.

Las autopsias serán practicadas por el Director del Instituto de Anatomía Patológica, quien presentará los informes correspondientes y recibirá las instrucciones de las autoridades judiciales o policiales competentes.

Art. 5.º Deróganse las disposiciones contrarias a esta ley.

Art. 6.º El Poder Ejecutivo reglamentará esta ley.

Art. 7.º Comuníquese, etc.

Sala de Sesiones de la II. Cámara de Representantes, en Montevideo, a 24 de abril de 1915.

R. G. SALDAÑA.

Domingo Veracierta,
Secretario.

Ministerio del Interior.

Montevideo, 27 de abril de 1915.

Cúmplase, acúsese recibo, comuníquese e insértese.

VIERA.
BALTAZAR BRUM.

Decreto reglamentario de la precedente ley

Ministerio del Interior.

Montevideo, 17 de mayo de 1915.

El Presidente de la República, reglamentando la ley de fecha 25 de abril de 1915, ha acordado y

DECRETA :

Artículo 1.º Los Médicos del Servicio Público residirán en las capitales de los Departamentos del litoral e interior, correspondiendo uno a cada Departamento.

Art. 2.º Los Médicos del Servicio Público desempeñarán las funciones de los Inspectores Departamentales de Higiene suprimidos por la ley que se reglamenta, debiendo, en consecuencia, cumplir las obligaciones previstas por el artículo 4.º de la ley 2 de mayo de 1910 en su decreto reglamentario de 1.º de agosto del mismo año, artículos 1.º 4.º, 5.º y 6.º y demás disposiciones pertinentes de carácter administrativo.

Art. 3.º En lo que se refiere a las atribuciones y deberes que incumben a los Médicos del Servicio Público según el artículo anterior, estos funcionarios estarán bajo la superintendencia del Consejo Nacional de Higiene, de quien recibirán las órdenes e instrucciones oportunas, sin perjuicio de recurrir ante el Poder Ejecutivo en los casos que proceda.

Art. 4.º Los Médicos del Servicio Público tendrán, además, las atribuciones y deberes que de acuerdo con las disposiciones vigentes correspondían a los Médicos de Policía y de Guardia de Cárcel, quedando, en este concepto, bajo la dependencia inmediata de las Jefaturas Políticas y de Policía respectivas.

Art. 5.º Los Inspectores de Higiene y los Médicos de Policía y de Guardia de Cárcel de los Departamentos de campaña harán entrega a los Médicos del Servicio Público, bajo inventario, de todas las existencias de sus respectivas reparticiones, debiendo intervenir en la entrega el señor Administrador de Rentas del Departamento, inventario del cual se remitirá un duplicado a la Contaduría General del Estado.

Art. 6.º El Consejo Nacional de Higiene instalará en los pueblos de importancia de cada uno de los Departamentos de

campaña, siempre que fuera posible, las Comisiones honorarias a que se refiere el artículo 9.º de la ley 2 de mayo de 1910.

Art. 7.º Con excepción de las autopsias que deben practicarse en esta Capital, las funciones desempeñadas hasta el presente por los Médicos forenses y de extramuros, serán desempeñadas en lo sucesivo por los médicos de la Asistencia Pública, quienes quedan bajo la superintendencia inmediata del Director de la misma, sin perjuicio de acatar las indicaciones y presentar los informes requeridos por autoridad competente.

El Consejo de la Asistencia Pública someterá a la aprobación del Poder Ejecutivo una reglamentación relativa al personal de médicos de la Asistencia Pública que deban desempeñar los servicios especiales de médicos forenses en Montevideo, en la cual indicará la organización más adecuada y las atribuciones correspondientes, sin perjuicio de que mientras no se apruebe gubernativamente dicha reglamentación, el señor Director de la Asistencia Pública Nacional tome las medidas oportunas para que se cumplan las disposiciones pertinentes de la ley que se reglamenta.

Art. 8.º En el Departamento de Montevideo las autopsias serán practicadas por el Director del Instituto de Anatomía Patológica, con sujeción a las instrucciones judiciales y policiales, expidiendo los informes respectivos en los casos que procedan.

Art. 9.º Comuníquese, insértese en el L. C. y publíquese.

VIERA.

BALTASAR BRUM.

ANEXO N.º 4

Resolución del Poder Ejecutivo por la que se aprueba la creación de un INSTITUTO PROFILACTICO DE LA SIFILIS, bajo la superintendencia del Consejo Nacional de Higiene.

Con el fin de realizar la defensa contra la sífilis, mal social que tiende cada día a generalizarse de más en más, y cuya

acción destructiva se hace sentir en el individuo y en su descendencia, el Consejo Nacional de Higiene y la Dirección de la Asistencia Pública Nacional crean de común acuerdo la "Obra de defensa contra la Sífilis", con el título de "Instituto Profiláctico de la Sífilis".

I

a) Sus fines serán los siguientes:

1.º Hacer la profilaxis y tratamiento de la sífilis.

2.º Atender de ese punto de vista, siempre que lo juzgue necesario el Médico Jefe del Dispensario, a todo enfermo sífilítico o que presuma serlo, indigente o no, que concurra a los Dispensarios del Instituto.

3.º Educar al enfermo y al público sobre la naturaleza de la sífilis, haciendo conocer su frecuencia, sus complicaciones, su gravedad y sus terribles consecuencias, cuando el enfermo no se cuida, y también sobre los medios para evitar el contagio y lo posible y probable que es curar la enfermedad cuando el atacado se somete al tratamiento médico correspondiente.

4.º Para esos fines, la "Obra de defensa contra la Sífilis" dispondrá:

II

b) 1.º De un Laboratorio de Análisis y el personal correspondiente.

2.º Varios Dispensarios: uno en el Pabellón Ricord o en el Hospital Maciel; uno en el Asilo Doctor Piñeyro del Campo; uno en el Hospital Vilardebó; dos independientes de los locales hospitalarios y que serán ubicados: uno en el límite del Paso del Molino y de la Aguada, y otro en el centro de la novísima ciudad.

III

Personal

c) Personal técnico y de servicio, indispensable para el funcionamiento de los Dispensarios, a saber:

(Para cada Dispensario):

Un Médico Jefe.

Un Practicante.

Un Sirviente-Enfermero.

IV

d) 1.º En los Dispensarios se hará el diagnóstico y el tratamiento y se llevarán los libros necesarios para las anotaciones pertinentes a su funcionamiento.

2.º En todos ellos, del punto de vista del diagnóstico y del tratamiento, se seguirá el plan general que formule la Comisión Directiva con la aprobación del Consejo Nacional de Higiene, y al que deberán ajustarse los técnicos del Instituto.

3.º Un Director técnico, Médico Jefe del Dispensario Central, será encargado de la vigilancia y cumplimiento de ese plan.

V

Comisión Directiva

e) Se constituirá una Comisión Directiva de carácter honorario, formada por:

El Presidente del Consejo Nacional de Higiene y dos médicos designados por el Consejo.

El Director de la Asistencia Pública Nacional y dos personas designadas por su Consejo Directivo.

El Profesor de Clínica Dermato-Sifilopática de la Facultad de Medicina.

El Director técnico, Médico Jefe del Dispensario Central.

El Director del Dispensario de la Prostitución.

Dos ciudadanos honorables, designados por el Poder Ejecutivo.

El Jefe Político de la Capital.

El Jefe de Sanidad Militar.

Esta Comisión designará su Presidente.

VI

f) Esta Comisión estará encargada de:

1.º Proyectar el funcionamiento de los Dispensarios y del Laboratorio.

2.º Proponer las medidas profilácticas y los medios curativos que deben ser empleados en ellos.

3.º Tendrá funciones de vigilancia y fiscalización.

4.º Se encargará de la propaganda educativa del pueblo y de los enfermos en todo lo que se relaciona con la profilaxis y el tratamiento de la sífilis y del concepto moderno que se tiene de esa enfermedad.

5.º Todos los años la Comisión elevará una Memoria al Consejo Nacional de Higiene y a la Dirección de la Asistencia Pública Nacional, haciendo conocer el movimiento de enfermos, gastos que ha ocasionado el Instituto, resultados obtenidos y consideraciones de utilidad y organización que le haya sugerido su funcionamiento.

VII

g) El Instituto estará bajo la superintendencia del Consejo Nacional de Higiene, a cuya superior aprobación serán sometidos los proyectos que formule la Comisión Directiva, y sus funciones se desarrollarán, por el momento, en la Capital.

VIII

h) El sostenimiento del Instituto se hará por el Consejo Nacional de Higiene, por la Asistencia Pública Nacional y por los Poderes Públicos.

La cooperación de la Asistencia Pública consistirá en proporcionar:

a) El local y mobiliario.

b) Los medicamentos.

c) Los médicos de los Dispensarios que funcionen en las dependencias de la Asistencia Pública Nacional.

d) Los practicantes.

e) Los sirvientes enfermeros.

La cooperación del Consejo Nacional de Higiene consistirá en proporcionar:

1.º Los médicos para los Dispensarios independientes de los hospitales.

2.º El Laboratorio y su personal, corriendo con los gastos que origine su funcionamiento.

3.º Los gastos de Secretaría y de propaganda.

IX

Los Poderes públicos ayudarán a la obra, exonerando de derechos al Neosalvarsán y otros arsenicales que se utilicen en los Dispensarios, así como a los aparatos e instrumentos para ser usados en el Laboratorio del Instituto.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES.

Presidente.

José Maingincu,

Secretario.

Ministerio del Interior.

Montevideo, 23 de mayo de 1917.

Señor Presidente del Consejo Nacional de Higiene:

El Poder Ejecutivo con esta fecha ha dictado la siguiente resolución:

“Ministerio del Interior.—Montevideo, 23 de mayo de 1917. —Visto: El proyecto relativo a la defensa contra la sífilis, formulado por el Presidente del Consejo Nacional de Higiene y el Director de la Asistencia Pública Nacional, y aprobado por los Consejos de las Instituciones precitadas; Considerando: Que nada obsta para que se autorice la organización y funcionamiento del Instituto Profiláctico de la Sífilis, de acuerdo con las reglas establecidas en el referido proyecto, tendientes a evitar la propagación de ese mal social con medidas preventivas y de curación, dentro de los cometidos que dan a dichas reparticiones públicas sus respectivas leyes

orgánicas (31 de octubre de 1895 y 7 de noviembre de 1910), las que llevan, en este caso concreto, a las siguientes conclusiones: 1.º Que la Asistencia Pública Nacional tiene el deber de asistir al enfermo sífilítico que concurra a su dependencia con ese fin y de organizar los servicios relativos (artículo 2.º e inciso *a*) de la ley de 7 de noviembre de 1910); 2.º Que en la asistencia de enfermos contagiosos se realiza al mismo tiempo la profilaxis de la enfermedad causante; 3.º Que la Asistencia Pública tiene el derecho de nombrar Comisiones honorarias con la aprobación del Poder Ejecutivo, para cooperar a su acción (artículo 13 de la misma ley); 4.º Que son numerosos los ejemplos que sientan la prueba de que la Asistencia Pública puede cooperar en el funcionamiento de Institutos o servicios que no están bajo su dependencia inmediata, para lo cual puede celebrar convenios previa autorización del Poder Ejecutivo; conclusiones éstas que hacen ineficaces las observaciones que se han hecho al proyecto en examen. *Se resuelve*: 1.º Aprobar el proyecto sobre profilaxis y curación de la sífilis, excepción hecha de lo que se refiere a la contribución de los Poderes públicos en el sostenimiento del Instituto consistente en la exoneración de derechos al Neosalvarsán y otros arsenicales, aparatos e instrumentos a utilizarse en Dispensarios y Laboratorios del mismo, la que será materia de resoluciones posteriores una vez que se conozca el precio de dichos artículos y el monto de derechos probable a abonarse. 2.º Comuníquese, publíquese con el proyecto y exposición de motivos y devuélvase.—Rúbrica del señor Presidente.—Pablo Varzi (hijo).”

Lo que transcribo a usted a sus efectos.

Saluda a usted atentamente, por el Ministro,

Silvio Emilio Reta,
Director de Secciones.

ANEXO N.º 5

Decreto del Poder Ejecutivo, relativo a la aplicación de la VACUNA ANTITÍFICA EN EL EJÉRCITO, ARMADA Y POLICÍA de la República.

Decreto del Gobierno

Tomados en consideración por el Gobierno los informes favorables a que aluden estos antecedentes, fué dictado el siguiente Decreto relativo a la aplicación de la vacuna antitífica al personal de tropa del Ejército y Marina, y Guardias Civiles dependientes de las Jefaturas Políticas y de Policía:

Ministerio de Guerra y Marina.

Ministerio del Interior.

Montevideo, 20 de mayo de 1918.

Considerando: Que los casos frecuentes y numerosos de fiebre tífidea que se producen entre el personal de las unidades militares destacadas en las ciudades, villas y pueblos del litoral e interior de la República, han determinado al señor Jefe del Cuerpo de Sanidad Militar a solicitar de la Superioridad la intervención correspondiente para poder hacer uso de la vacuna preventiva antitífica, cuyas bondades están reconocidas científicamente y cuyo método de profilaxis es completamente eficaz contra aquella enfermedad infecto-contagiosa;

Atento a que, oída la opinión del Consejo Nacional de Higiene, esta Corporación se ha pronunciado en sentido completamente favorable a la opinión del señor Jefe de Sanidad Militar, agregando que no debe limitarse la medida propuesta a determinadas unidades, “pues lo necesario es que se haga extensiva a todo el Ejército y la Marina”;

Visto: Que el personal del Ejército y de la Armada es voluntario o contratado, por manera que el Gobierno puede disponer, en interés de la institución armada y de la salud pública, que no se admita el ingreso a aquélla de persona alguna que no justifique que se le ha aplicado la vacuna preventiva antitífica o que esté dispuesta a someterse a ese tratamiento profiláctico;

Atento a que la consideración precedente es aplicable al personal de Guardias Civiles,

El Presidente de la República,

DECRETA:

Artículo 1.º El señor Jefe del Cuerpo de Sanidad Militar queda autorizado para tomar las medidas oportunas a fin de que se aplique la vacuna antitífica a todo el personal de tropa del Ejército, salvo los casos en que se nieguen individualmente a ello.

Art. 2.º Las medidas autorizadas se tomarán con el personal de aquellas unidades en las cuales se han producido o existen casos de fiebre tifoidea, con carácter preferente.

Art. 3.º Para el ingreso en el Ejército y en la Armada se exigirá la prueba de que han sido sometidos al método de profilaxis indicado.

Art. 4.º Lo dispuesto en los artículos precedentes es aplicable al personal de Guardias Civiles dependientes de las Jefaturas Políticas y de Policía.

Art. 5.º El Cuerpo de Sanidad de la Armada tiene la misma facultad con respecto al personal del Cuerpo de Equipaje, que el señor Jefe del Cuerpo de Sanidad del Ejército, según el artículo 1.º del presente decreto.

Art. 6.º El Consejo Nacional de Higiene impartirá las instrucciones pertinentes para que se cumpla lo dispuesto en el artículo 4.º respecto del personal de Guardias Civiles.

Art. 7.º Comuníquese, insértese y publíquese.

(Rúbrica del señor Presidente).

ARTURO GAYE

PABLO VARZI (hijo).

ANEXO N.º 6

Antecedentes y decreto del Poder Ejecutivo creando una Comisión Especial encargada de la organización de la “LUCHA CONTRA LA MOSCA”, bajo la superintendencia del Consejo Nacional de Higiene.

El Consejo Nacional de Higiene en la sesión del día 18 de enero de 1919 aprobó y elevó al Poder Ejecutivo el proyecto presentado por el miembro doctor Justo F. González sobre la lucha contra la mosca, cuyas conclusiones son las siguientes:

Conclusiones del proyecto del doctor González sobre la lucha contra la mosca

1.º La lucha contra las moscas debe ser científicamente conducida y realizarse durante las distintas fases biológicas del insecto, es decir, en su estado de huevo y al estado adulto.

2.º Se nombrará una Comisión Especial que se encargará de proyectar la organización de esa lucha, sometiéndola oportunamente a la aprobación del Consejo, como asimismo las medidas que estime más convenientes para el mejor resultado de su cometido.

3.º Esta Comisión hará la propaganda educativa del pueblo, por todos los medios a su alcance.

4.º La Comisión estará bajo la superintendencia del Consejo Nacional de Higiene, a quien informará anualmente sobre el resultado de los trabajos realizados.

5.º La Comisión Especial será de carácter honorario y estará constituida por los siguientes funcionarios:

Dos miembros del Consejo Nacional de Higiene.

Director del Instituto de Higiene Experimental.

Director de Salubridad.

Director de la Escuela de Medicina Experimental.

Profesor de Parasitología de la Facultad de Medicina.

Un miembro del Cuerpo Médico Escolar.

Jefe de Sanidad Militar, y

Tres Delegados nombrados por el Poder Ejecutivo.

Esta Comisión será presidida por uno de los miembros del Consejo.

6.º El Consejo dispondrá que por intermedio de su órgano de publicidad se divulguen las instrucciones y preceptos relativos a la lucha mencionada, distribuyendo por separado carteles, gráficos e impresos ilustrativos sobre el mismo asunto.

7.º El Consejo Nacional de Higiene proporcionará cien pesos mensuales de sus rentas propias a la Comisión Especial, para gastos de Secretaría y de propaganda.

8.º Se solicitará de los Poderes públicos arbitren los demás recursos necesarios para conducir eficazmente la lucha contra la mosca en todo el territorio de la República.

Este pedido se hará cada vez que la Comisión Especial lo solicite del Consejo.

El Poder Ejecutivo, con fecha 27 de febrero de 1919, aprobó a su vez este proyecto y designó a los doctores Alberto Brignole, César Miranda y Justo José Mendoza para integrar la Comisión Especial de la Lucha contra la Mosca. El Consejo Nacional de Higiene designó a los señores Miembros doctores Justo F. González y Antonio S. Viana; el Cuerpo Médico Escolar al doctor Sebastián B. Rodríguez, aceptando sus respectivos nombramientos los siguientes funcionarios: doctor Ernesto Fernández Espiro, Director de Salubridad; doctor José Scoseria, Director de la Escuela de Medicina Experimental; doctor Francisco Fernández Enríque, Director General del Servicio de Sanidad Militar; doctor Angel Gaminara, profesor de Parasitología; doctor Arnaldo Berta, Director del Instituto Experimental de Higiene.

El Ministerio de Industrias citó para tomar posesión de sus puestos, y el día 8 de abril quedó constituida la referida Comisión, según consta en el acta labrada en dicho Ministerio y que dice así:

Consejo Nacional de Administración. — Ministerio de Industrias. — ACTA. — En Montevideo, a 8 de abril de 1919, siendo las 15 horas, el señor Ministro de Industrias, doctor Luis Caviglia, procedió en su despacho del Ministerio a declarar instalada la Comisión formada para preparar la lucha contra la mosca, encontrándose presentes los doctores Antonio S. Viana y Justo F. González por el Consejo Nacional de Higiene; doctor E. Fernández Espiro, Director de Salubridad; doctor José Scoseria, Director de la Escuela de Medicina Experimental; doctor Alberto Anselmi, por el Jefe de

Sanidad Militar; doctor Angel Gaminara, Profesor de Parasitología de la Facultad de Medicina; doctores Alberto Brignole, Justo J. Mendoza y César Miranda, Delegados del Poder Ejecutivo; faltando el Director del Instituto de Higiene Experimental y un miembro del Cuerpo Médico Escolar que con los nombrados integran la Comisión. El señor Ministro da posesión de sus puestos a los miembros presentes y declara instalada la Comisión y constituida por las personas presentes y los Delegados ausentes que se indican. Y para constancia se firma la presente acta.— Firmados): Luis Caviglia, Alberto Brignole, E. Fernández Espiro, Justo F. González, Justo J. Mendoza, Antonio S. Viana, Angel Gaminara, José Scoseria, Alberto Anselmi, Sebastián B. Rodríguez, César Miranda.—Se hace constar que en el momento de firmarse la presente acta llegó el Miembro designado por el Cuerpo Médico Escolar, doctor Sebastián Rodríguez, que igual que los demás concurrentes firma el acta.— Firmado): Luis C. Caviglia.”

Ministerio de Industrias.

Montevideo, febrero 27 de 1919.

Visto el proyecto presentado al Consejo Nacional de Higiene por el Vocal doctor Justo F. González, referente a la lucha contra la mosca, y elevado por el Consejo a la consideración de este Ministerio;

Atento a que por el artículo 2.º de ese proyecto se establece una Comisión Especial encargada de preparar la organización de esa lucha;

El Presidente de la República,

DECRETA:

Artículo 1.º Designase para constituir la referida Comisión, a los doctores César Miranda, Justo José Mendoza y Alberto Brignole.

Art. 2.º Comuníquese, publíquese e insértese en el L. C.

(Rúbrica del señor Presidente).

SANTIAGO RIVAS.

ANEXO N.º 7

Decreto por el que se constituye una **“COMISION DE PROTECCION CONTRA LA GRIPE”**, con el objeto de atender los hogares necesitados, etc.

Ministerio de Industrias.

Montevideo, 30 de julio de 1919.

Vista la nota del Consejo Nacional de Higiene pidiendo la creación de una Comisión encargada de tomar medidas contra la gripe, atendiendo especialmente los hogares necesitados donde se desarrolle esa enfermedad;

El Consejo Nacional de Administración

DECRETA:

Artículo 1.º Constitúyese una Comisión de protección contra la Gripe, con el objeto de atender los hogares necesitados donde se desarrolle esta enfermedad, con alimentos, abrigos y subsidios en dinero.

Art. 2.º Esta Comisión durará en sus funciones mientras el Consejo Nacional de Higiene no declare extinguida la actual epidemia de gripe.

Art. 3.º Formarán la Comisión de protección contra la Gripe las siguientes personas: el Presidente y los miembros titulares del Consejo Nacional de Higiene, el Presidente de la Junta Económico-Administrativa, el Intendente Municipal y el Director de Salubridad, el Director de la Asistencia Pública Nacional y dos miembros del Consejo Directivo de la expresada Institución, el Presidente y Secretario de la Comisión de Higiene de la Cámara de Representantes; un Senador, el Jefe de Policía, tres miembros de la Comisión de la Liga contra la Tuberculosis, un miembro de la Comisión de la Sociedad Cristóbal Colón y dos ciudadanos nombrados por el Presidente de la Comisión.

Art. 4.º De esta Comisión se nombrará un Comité Ejecutivo, formado por su Presidente y cuatro miembros designados por él. Este Comité estará autorizado para tomar cualquier

resolución en los casos que estime de urgencia, debiendo dar cuenta en la primera sesión que celebre la Comisión.

Art. 5.º Se nombrarán tres Subcomisiones formadas de cinco miembros cada una: una de Hacienda, otra de Propaganda Sanitaria y la última de Socorros. Como lo indican las denominaciones, la primera se ocupará de la obtención de recursos; la segunda contribuirá a difundir las medidas sanitarias vigentes contra la gripe; la tercera cooperará para hacer mas fácil la distribución de los socorros.

Art. 6.º Estas Subcomisiones estarán autorizadas para integrarse aun con personas que no sean miembros de la Comisión, para facilitar sus tareas.

Art. 7.º Una vez instalada, la Comisión propiciará el establecimiento de Comisiones autónomas de socorros en los distintos pueblos de la República, con los mismos fines de la Comisión de protección contra la Gripe.

Art. 8.º El Consejo Nacional de Higiene quedará autorizado, al obtenerse la aprobación de este proyecto, a concurrir con la suma de mil pesos (\$ 1,000), de sus rentas propias, para el fin indicado.

Art. 9.º La Comisión podrá gestionar del Presidente de la República y del Consejo Nacional de Administración y de la Intendencia Municipal los fondos necesarios para llenar sus fines.

Art. 10. La Comisión podrá celebrar sesión estando presentes cinco de sus miembros, y el Comité Ejecutivo con la concurrencia de tres.

Art. 11. Por impedimento del señor Ministro de Industrias rubricará este decreto el señor Ministro de Obras Públicas.

Art. 12. Comuníquese, publíquese e insértese.

VIERA.

HUMBERTO PITTAMIGLIO.

T. Vidal Belo,
Secretario.

ANEXO N.º 8

Ley por la que se acuerda al Consejo Nacional de Higiene la suma de CINCUENTA MIL PESOS PARA COMBATIR LA EPIDEMIA DE GRIPE.

Poder Legislativo.

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN :

Artículo 1.º Acuérdase al Consejo Nacional de Higiene la suma de cincuenta mil pesos, destinados a combatir la epidemia gripal.

Art. 2.º La expresada cantidad será tomada de rentas generales.

Art. 3.º Comuníquese, etc.

Sala de Sesiones de la II. Cámara de Representantes, en Montevideo, a 1.º de agosto de 1919.

CÉSAR MIRANDA,
Presidente.

Raúl Jude,
Prosecretario.

Ministerio de Industrias.

Montevideo, 5 de agosto de 1919.

Cúmplase, acúsese recibo, publíquese e insértese en el R. N.

VIERA.
LUIS C. CAVIGLIA.

T. Vidal Belo,
Secretario.

ANEXO N.º 9

Ley que declara libre de todo gravamen la importación de todos los productos que, a juicio del Consejo Nacional de Higiene, sean eficaces para COMBATIR LA SÍFILIS.

Poder Legislativo.

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN :

Artículo 1.º Se declara libre de todo gravamen la importación de todos los productos específicos que, a juicio del Consejo Nacional de Higiene, sean eficaces para combatir la sífilis. La venta de los mismos no estará sujeta al impuesto de especialidades farmacéuticas de fecha 2 de mayo de 1910, pero quedan vigentes todas las disposiciones que reglamentan su venta y aplicación.

Art. 2.º La Asistencia Pública Nacional procederá a adquirir de los fabricantes respectivos la cantidad necesaria de medicamentos para venderlos a precio de costo a los médicos y farmacéuticos que lo soliciten. Además se proveerá de las reservas suficientes, que no serán menores a diez mil dosis.

El Consejo Nacional de Higiene fijará periódicamente el precio de venta al público de esas especialidades; este precio no podrá exceder en más de un 10 por ciento del precio de costo.

Los hospitales particulares que prestan servicios gratuitos a la población y las sociedades de socorros mutuos podrán adquirir los citados específicos de la Asistencia Pública, no pudiendo revenderlos.

Art. 3.º Comuníquese, etc.

Sala de Sesiones de la II. Cámara de Representantes, en Montevideo, a 1.º de octubre de 1919.

CÉSAR MIRANDA,
Presidente.

Raúl Jude,
Prosecretario.

Ministerio de Industrias.

Montevideo, 6 de octubre de 1919.

Cúmplase, acúsesse recibo, publíquese e insértese en el R. N.

VIERA.

LUIS C. CAVIGLIA.

T. Vidal Belo,
Secretario.

ANEXO N.º 10

Resolución del Consejo Nacional de Administración, por la que se autoriza al Consejo Nacional de Higiene para invertir la suma de \$ 25,000 **EN GASTOS Y OBRAS DE DEFENSA SANITARIA.**

Consejo Nacional de Higiene.

Montevideo, 12 de febrero de 1920.

Excmo. señor Ministro de Industrias, doctor Luis C. Caviglia.

Excmo Señor:

Como anteriormente lo comuniqué a V. E., de los 50,000 pesos votados por la Asamblea Legislativa para combatir la gripe, conserva el Consejo Nacional de Higiene 25,000 pesos.

Este dinero podría ser destinado, a juicio de la Corporación, para gastos sanitarios y construcción de alguna defensa de la misma índole con el objeto de evitar la introducción al país de esa enfermedad o de cualquier otra de carácter contagioso, reinantes algunas de ellas en los países de que nos separan nuestras fronteras, o en los más lejanos, pero que tienen frecuentes relaciones con el Uruguay por la vía marítima.

Evitar la introducción de la gripe y de otras enfermedades epidémicas es quizás el mejor medio de combatirlas, si lo pudiéramos conseguir; y es por eso que el Consejo resolvió

solicitar a V. E. la autorización necesaria para dar ese destino a aquel sobrante

Si V. E. accede a nuestro pedido, la Corporación dará cuenta de cuáles son los gastos y obras que se proyectan realizar con el fin ya indicado.

Saluda a V. E. atentamente.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES,
Presidente.

P. Prado,
Secretario.

Ministerio de Industrias.

Montevideo, 4 de marzo de 1920.

Señor Presidente del Consejo Nacional de Higiene:

Cúmplame transcribir al señor Presidente la siguiente resolución expedida con fecha 3 del corriente, por el Consejo Nacional de Administración, cuyo texto es el siguiente:

Ministerio de Industrias.—Montevideo, 3 de marzo de 1920.—Vista la nota del Consejo Nacional de Higiene pidiendo autorización para disponer de la suma de veinticinco mil pesos (\$ 25,000) sobrante de la de cincuenta mil pesos (\$ 50,000) acordada a la Corporación por la ley de 5 de agosto de 1919, para combatir la gripe, a objeto de atender gastos sanitarios y obras de defensa sanitaria para prevenir la introducción de dicha enfermedad o de cualquier otra de carácter contagioso; oída la Contaduría G. de la Nación;

Considerando: Que el destino que se dará a los fondos pedidos está dentro del señalado por la citada ley de 5 de agosto de 1919.—El Consejo Nacional de Administración, *Resuelve*: Autorízase al Consejo Nacional de Higiene para invertir el referido remanente de veinticinco mil pesos (\$ 25,000) en gastos y obras de defensa sanitaria, quedando comprendidas en estas últimas la construcción de pabellones de madera en el Lazareto de la Isla de Flores con destino a alojamiento de

pasajeros de tercera clase, instalación de la proveeduría, ampliación de las instalaciones existentes en la segunda isla, aumento de los servicios de baño, mobiliario, menaje, etc., debiendo dar cuenta de la inversión de ese remanente al Consejo Nacional de Administración. Comuníquese a quien corresponda, insértese y publíquese.—Viera. —Luis C. Caviglia, T. Vidal Belo, Secretario.”

Saludo a usted atentamente.

Por el Ministro,

Carlos Mandillo,
Subsecretario.

ANEXO N.º 11

Decreto por el que se amplía el Reglamento de funcionamiento de las casas denominadas “PENSIONES DE ARTISTAS”

Ministerio del Interior.

Montevideo, 28 de julio de 1920.

Atento a la iniciativa del señor Jefe de Policía de la Capital, para que se amplíe el reglamento de funcionamiento de las llamadas “Pensiones de Artistas”, por razones de salud pública, tranquilidad del vecindario y mantenimiento del orden;

Visto el informe del señor Jefe de la Policía de Investigaciones, del que resulta que existen en Montevideo cuarenta y cuatro casas de “Pensiones de Artistas” con doscientas trece mujeres pensionistas, y que el total de las personas que trabajaban en los teatros de la Capital en los días en que se levantaba la estadística era de setenta y nueve, no habitando la gran mayoría de las verdaderas profesionales artistas en ninguna de esas casas, alojándose en hoteles, fondas o pensiones familiares y alquilando piezas en casas de inquilinato;

Considerando: Que se ha evidenciado que la mayoría de las tituladas “Pensiones de Artistas” son en realidad casas de prostitución clandestina sin el contralor médico necesario, sin que las pensionistas tengan cédula de identidad;

Considerando lo que dispone la ley del 20 de septiembre de 1914 en su artículo 7.º,

El Presidente de la República, ampliando el reglamento del 19 de junio de 1917, cuya aplicación rigurosa dispone,

DECRETA :

1.º Todas las mujeres que se hospedan en las casas tituladas “Pensiones de Artistas” tendrán que poseer una libreta de identidad y salud en la que conste, cada ocho días, el certificado médico de si están enfermas de mal contagioso.

2.º Siempre que no se perturbe el orden, trascendiendo al exterior, se autorizarán los bailes hasta la hora 1.

3.º En el caso de contravenciones a este decreto, se aplicarán las sanciones del artículo 27 del Reglamento del 19 de junio de 1917, siendo solidariamente responsables de toda infracción los propietarios, regentes y administradores de las casas.

4.º A los efectos de obtener el servicio médico que exige el cumplimiento de este decreto, dirijase mensaje al Consejo Nacional de Administración.

5.º Comuníquese, etc.

BRUM.
GABRIEL TERRA.

ANEXO N.º 12

Ley creando el impuesto denominado “PROFILAXIS CONTRA LA SÍFILIS”

Poder Legislativo.

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General.

DECRETAN :

Artículo 1.º Créase el impuesto de un centésimo por hectárea que se denominará de “profilaxis contra la sífilis”, destinado a combatir esa enfermedad en la República.

Dicho impuesto gravará únicamente las extensiones territoriales dedicadas a la ganadería.

Art. 2.º El impuesto se abonará al mismo tiempo que el de Contribución Inmobiliaria, y será entregado por las oficinas recaudadoras respectivas al Consejo Nacional de Asistencia Pública, el que invertirá las sumas recaudadas en la lucha contra la sífilis que desarrollará el Instituto Profiláctico, cuyo funcionamiento fué autorizado por el Poder Ejecutivo por decreto de 23 de mayo de 1917.

Art. 3.º El Instituto Profiláctico de la Sífilis creará Dispensarios destinados a combatir exclusivamente ese flagelo en los centros de población, cualquiera que sea su importancia, de toda la República, donde sea necesario establecerlos. Para la designación del personal que actuará en los dispensarios y laboratorios, el Instituto Profiláctico de la Sífilis propondrá los candidatos a la Asistencia Pública o al Consejo Nacional de Higiene, según que esos dispensarios estén ubicados en las dependencias de una u otra corporación.

Art. 4.º Cométese al Instituto Profiláctico la formación en la Capital de la República, con fines educativos, de un museo de reproducciones en cera de las distintas modalidades de las enfermedades venéreo-sifilíticas.

Art. 5.º El Instituto Profiláctico de la Sífilis y sus dependencias expendrán al público el Neosalvarsán a precio de costo.

Art. 6.º Comuníquese, etc.

Sala de Sesiones del II. Senado, en Montevideo a 27 de agosto de 1920.

JAVIER MENDÍVIL,
2.º Vicepresidente.

Ubaldo Ramón Guerra,
Secretario.

Ministerio de Hacienda.

Montevideo, 6 de septiembre de 1920.

Cumplase, acúsese recibo, comuníquese e insértese en el R. N.

VIERA.
R. VECINO.

T. Vidal Belo,
Secretario.

ANEXO N.º 13

Reglamento de los "GUARDAS SANITARIOS"

Consejo Nacional de Higiene.

Organización y funcionamiento de sus servicios

Artículo 1.º Los Guardas Sanitarios dependerán del Consejo Nacional de Higiene y desempeñarán sus funciones en todo el territorio de la República, ya sea en los servicios de sanidad marítima o en los de sanidad terrestre.

Art. 2.º Prestando servicios de sanidad terrestre en el Departamento de Montevideo, dependerán del Inspector de Sanidad Terrestre; en los Departamentos, del Médico del Servicio Público o de la autoridad sanitaria delegada. En lo concerniente a los servicios de sanidad marítima dependerán del Inspector respectivo.

Art. 3.º Sin perjuicio de cumplir las obligaciones consignadas en el presente Reglamento, observarán estrictamente las órdenes e instrucciones que les trasmita la autoridad correspondiente, relacionadas con las funciones que les están encomendadas.

Art. 4.º Para optar al puesto de Guarda Sanitario se requiere:

- a) Ciudadanía natural o legal en ejercicio.
- b) Tener no menos de 21 años de edad y gozar de buena salud.

- c) Presentar un testimonio de buena conducta a satisfacción del Consejo, y un certificado expedido o revalidado por la autoridad sanitaria, comprobando haber sido vacunado o revacunado desde menos de cinco años.
- d) Pasar un examen teórico-práctico de suficiencia ante una Mesa compuesta por un Miembro del Consejo designado por la Corporación y por los Inspectores de Sanidad Marítima y Terrestre.

Art. 5.º El examen teórico de la referencia abarcará las siguientes materias:

- a) Conocimiento exacto de los Reglamentos de Sanidad Marítima y Terrestre, de las ordenanzas y de todas las demás disposiciones que sobre dicha materia hayan sido dictadas por el Consejo Nacional de Higiene.
- b) Conocimientos generales sobre etiología, sintomatología y profilaxis de la fiebre amarilla, cólera, peste bubónica, beri-beri y enfermedades infecto-contagiosas y comunes; técnica de las vacunaciones y cuidados que deben observarse durante el período de evolución de la vacuna; sus complicaciones y los medios de combatirlas; sus contraindicaciones.
- c) Conocimientos especiales de los diversos procedimientos de desinfección y manera de emplear los desinfectantes.
- d) Conocimientos de las distintas líneas de vapores que llegan al puerto de Montevideo, de las escalas que hacen y de las banderas de las diversas nacionalidades.

Art. 6.º La prueba práctica se referirá a las siguientes materias:

- a) Conocimiento del termómetro y manera de manejarlo.
- b) Modo de hacer el análisis de la orina para comprobar la existencia de albúmina.
- c) Ejercicios prácticos para conocer el funcionamiento de las estufas y otros aparatos de desinfección

Servicios de sanidad marítima

Artículo 7.º Los Guardas Sanitarios que desempeñen funciones de sanidad marítima, deberán concurrir a la Inspección a la salida del sol.

La Oficina establecerá los turnos según las necesidades del servicio.

Art. 8.º Será obligación de los Guardas:

- a) Vacunar en la Oficina y a bordo de los buques.
- b) Acompañar al Médico de Sanidad en la visita de buques y cumplir las instrucciones que reciban.
- c) Practicar a bordo las desinfecciones ordenadas.
- d) Prestar los servicios de vigilancia sanitaria a bordo.
- e) Llevar y bajar los prácticos.
- f) Vigilar las operaciones de remolque de los buques no visitados.
- g) Ejercer la vigilancia de los enfermos contagiosos que bajen de a bordo, hasta entregarlos a la ambulancia.
- h) Cumplir y hacer cumplir todas las disposiciones y órdenes que reciban de la Inspección, relacionadas con el servicio sanitario.
- i) Desempeñar sus servicios provisorios o permanentes en el Lazareto de la Isla de Flores.
- j) Cuidar del buen funcionamiento de los aparatos de desinfección que manejen, dando cuenta de cualquier desperfecto.
- k) Anotar en el libro respectivo los servicios prestados durante sus guardias, antes de retirarse de la Oficina.
- l) Dar cuenta al Ayudante de Sanidad encargado del servicio de Guardas de las novedades ocurridas después de cada servicio realizado.

Art. 9.º Cuando desempeñen funciones en las horas de la noche, deberán concurrir a la Oficina antes de las 8 a. m., para dar cuenta de las novedades y consignarlas en el libro respectivo.

Art. 10. No podrán retirarse de la Oficina en las horas del servicio sin previo permiso del Ayudante encargado del servicio de Guardas Sanitarios.

Art. 11. Al entrar en el buque en que deben prestar servicios se apersonarán al Capitán del mismo, a quien enseñarán el distintivo que les acredita como Guardas, comunicándole las disposiciones que deben cumplir a bordo.

Art. 12. Antes de empezar las desinfecciones en las estufas de a bordo, deben cerciorarse de si funcionan regularmente, dando cuenta inmediatamente al Ayudante respectivo de cualquier defecto que notaren.

Art. 13. Cuando los servicios de a bordo se prolonguen más de veinticuatro horas, pasarán un parte al Inspector, dando cuenta de las novedades ocurridas durante ese tiempo.

Art. 14. Si el buque permaneciera en el Lazareto, el parte será dirigido al médico de aquel establecimiento.

Art. 15. No permitirán que atraquen al costado del buque en que se encuentren de servicio, embarcaciones que carezcan del correspondiente permiso.

Art. 16. Prohibirán que se embarquen pasajeros en los buques que estén en observación, si no van munidos de un permiso expedido por la Inspección de Sanidad Marítima.

Art. 17. El Guarda, en el momento de embarcarse, ordenará al patrón de la embarcación que coloque en sitio elevado y visible la bandera amarilla. Si se negase a dar cumplimiento a esa disposición, el Guarda desembarcará inmediatamente y dará aviso de lo ocurrido al Inspector de Sanidad Marítima, o en su defecto al Ayudante encargado del servicio de Guardas Sanitarios.

Art. 18. El Guarda Sanitario que tuviera motivos de queja por la conducta de su compañero de servicio, lo comunicará por escrito al Inspector de Sanidad Marítima para que éste proceda de acuerdo con lo establecido en la letra f) del artículo 5.º del Reglamento Interno de la Inspección de Sanidad Marítima.

Art. 19. Si ocurriese algún accidente de gravedad a bordo del buque en que se encuentre de servicio, ordenará al Capitán que lo comunique por medio del Código internacional de banderas.

Servicio de Sanidad Terrestre

Artículo 20. Los Guardas Sanitarios residirán en la localidad que les designe el Presidente del Consejo Nacional de Higiene

ne, y estarán obligados a trasladarse a cualquier punto de la República con el objeto de desempeñar las comisiones que se les confíen.

Art. 21. Cumplirán y harán cumplir en el desempeño de sus cometidos, las disposiciones sobre profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas, cuya aplicación y vigilancia les sean encomendadas, de acuerdo con lo establecido en los capítulos respectivos del Reglamento de Sanidad Terrestre y en las ordenanzas y demás disposiciones sobre la materia dictadas por el Consejo.

Art. 22. En lo referente al servicio de vacuna, la distribución general de los trabajos que realizarán los Guardas Sanitarios será determinada por el Presidente del Consejo.

Art. 23. En los Departamentos las obligaciones de los Guardas Sanitarios, en carácter de vacunadores, se ajustarán a las disposiciones vigentes.

Disposiciones generales

Artículo 24. El distintivo de los Guardas Sanitarios será una medalla de plata con su correspondiente aro, del tamaño de una moneda nacional de 50 centésimos. En el anverso llevará el escudo nacional con la siguiente inscripción: *República Oriental del Uruguay*, y en el reverso: *Consejo Nacional de Higiene.—Guarda Sanitario*.

Art. 25. La medalla a que se refiere el artículo anterior servirá a los Guardas Sanitarios para justificar el cargo que desempeñan, y de ella los proveerá por una sola vez el Consejo Nacional de Higiene. Dicha medalla la devolverán al Consejo cuando cesen en sus funciones.

Art. 26. Serán atentos y respetuosos en el cumplimiento de sus deberes, no olvidando nunca que como delegados de la autoridad sanitaria, comprometerán el buen nombre de ésta si alguna falta cometen.

Art. 27. Cuando falten al cumplimiento de sus deberes serán castigados con apercibimiento, amonestación o suspensión sin goce de sueldo, según sea la gravedad de la falta; en este último caso se dará cuenta inmediata al Presidente del Consejo, quien recabará de la Corporación la resolución que corresponda.

Disposiciones complementarias

Artículo 28. Los Guardas Sanitarios que hayan sido aprobados con anterioridad, de acuerdo con las formalidades estipuladas en el Reglamento de la Escuela y del Servicio de Guardas Sanitarios, y que estén en ejercicio de su cargo, quedarán eximidos del examen establecido en el artículo 3.º.

Art. 29. Deróganse las disposiciones dictadas con anterioridad, que se opongan al presente Reglamento.

Ministerio del Interior.

Montevideo, 8 de noviembre de 1916.

Vistos: Lo manifestado por el Consejo Nacional de Higiene y lo dictaminado por el señor Fiscal de Gobierno de 1.º Turno, apruébase el Reglamento de Guardas Sanitarios formulado por aquella Corporación.

Comuníquese y publíquese.

(Rúbrica del señor Presidente).

PABLO VARZI (hijo).

ANEXO N.º 14

**Ordenanza relativa al desembarco de enfermos de buques de la AR
MADA NACIONAL, surtos en el Puerto**

Consejo Nacional de Higiene.

Montevideo, diciembre de 1912.

El Consejo Nacional de Higiene, en uso de sus atribuciones y debidamente autorizado,

RESUELVE:

Artículo 1.º Las formalidades establecidas para el desembarco de enfermos de los buques surtos en el Puerto, y las cuales están consignadas en los Reglamentos de Sanidad Ma-

rítima, artículo 13, y en las ordenanzas números 49 y 55, quedan sin efecto en cuanto se refieren a los buques de la armada nacional.

Art. 2.º Tratándose de enfermos de los buques de guerra nacionales, se procederá en la siguiente forma:

- a) Cuando se hallen atacados de enfermedades comunes o por accidente, bastará, para permitir el desembarco y traslado al hospital o al domicilio, para su asistencia, el pase o certificado que otorgue el Médico de a bordo, sin perjuicio de que el Jefe del buque comunique la novedad dentro del más breve plazo a la Inspección de Sanidad Marítima.
- b) Cuando los enfermos sean contagiosos o sospechosos de serlo, el Médico del buque requerirá la intervención de la autoridad sanitaria, la cual decidirá si el enfermo puede desembarcarse en la ciudad o debe transportarse al Lazareto.

Art. 3.º Publíquese y comuníquese a quien corresponda.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES.

José Martirené.

ANEXO N.º 15

Ordenanza sobre desinfección en los casos de SARAMPION

Consejo Nacional de Higiene.

Montevideo, 23 de junio de 1913.

Considerando: Que tratándose del sarampión, la desinfección que se realiza a raíz de la denuncia del caso y durante la evolución de la enfermedad, resulta inútil y molesta, conforme lo preconizan los conocimientos que actualmente se tienen en lo que se refiere a la profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas;

Considerando: Que cuando se establece el diagnóstico del sarampión, o, más bien dicho, cuando interviene el médico, ya

han transcurrido varios días desde el principio de la enfermedad, y durante todo ese tiempo el enfermo ha estado en contacto con niños sanos, y, por lo tanto, cuando la autoridad sanitaria interviene para aplicar las medidas de profilaxis, los niños que estuvieron en contacto con el enfermo ya estarían contaminados y con la enfermedad en incubación, siempre que fueran predispuestos a ese mal;

Considerando: Que en tales condiciones, en esos casos la desinfección resulta ineficaz, el Consejo Nacional de Higiene, en uso de las facultades que le confiere la Ley de 31 de octubre de 1895, debidamente autorizado,

RESUELVE:

Artículo 1.º Mantener en todo su vigor la obligación de la denuncia de los casos de sarampión, establecida en el artículo 1.º de la Ordenanza número 6, promulgada el 28 de julio de 1896.

Art. 2.º La desinfección domiciliaria y de las ropas del enfermo se ejecutará según las indicaciones del médico asistente.

Art. 3.º La desinfección terminal sólo será practicada por la autoridad sanitaria a solicitud del médico o de la familia del enfermo.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES.

José Martirené.

Ministerio del Interior.

Montevideo, 23 de junio de 1913.

Vistos: Apruébase la precedente Ordenanza proyectada por el Consejo Nacional de Higiene, relacionada con la profilaxis del sarampión.

Comuníquese y publíquese.

(Rúbrica del señor Presidente).

FELICIANO VIERA, "

ANEXO N.º 16

Ordenanza por la que se incluye la **MENINGITIS CEREBRO-ESPI-
NAL EPIDÉMICA** entre las enfermedades infecto-contagiosas de
declaración obligatoria.

Consejo Nacional de Higiene.

Montevideo, 23 de junio de 1913.

El Consejo Nacional de Higiene, en uso de las facultades
que le confiere la Ley de 31 de octubre de 1895, debidamente
autorizado,

RESUELVE:

Artículo 1.º Incluir la meningitis cerebro-espinal epidémi-
ca entre las enfermedades infecto-contagiosas denunciabiles,
de conformidad con el artículo 2.º de la Ordenanza núme-
ro 6, promulgada el 28 de julio de 1896, y del artículo 26
del Reglamento de Sanidad Terrestre.

Art. 2.º La meningitis cerebro-espinal epidémica queda in-
corporada a las enfermedades mencionadas en el número 1
del artículo 102 del Reglamento de Sanidad Terrestre.

Art. 3.º Publíquese para conocimiento general.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES.

José Martirené.

ANEXO N.º 17

Ordenanza ampliando el Reglamento de Sanidad Terrestre en la parte relativa a AISLAMIENTO de los enfermos de Cólera, Fiebre amarilla y Peste bubónica, y Escarlatina, Viruela y Meningitis cerebro-espinal epidémica.

Consejo Nacional de Higiene:

Montevideo, 23 de junio de 1913.

El Consejo Nacional de Higiene, en uso de las facultades que le confiere la Ley de 31 de octubre de 1895, debidamente autorizado,

RESUELVE:

Artículo 1.º Ampliar el Reglamento de Sanidad Terrestre intercalando después del artículo 40, los siguientes:

Artículo 40 a. El aislamiento de los enfermos de cólera, fiebre amarilla y peste bubónica, se hará efectivo por medio de Guardas Sanitarios. El aislamiento de enfermos de escarlatina, viruela y meningitis cerebro-espinal epidémica, se efectuará también en la misma forma en aquellos casos en que la autoridad sanitaria considere indispensable la aplicación de esa medida.

Art. 40 b. La autoridad sanitaria colocará un cartel en las casas donde existan o hayan existido enfermos de cólera, fiebre amarilla, peste bubónica, viruela, escarlatina, difteria y meningitis cerebro-espinal. Dicho cartel contendrá el nombre de la enfermedad denunciada y no podrá retirarse hasta que haya transcurrido el período de observación correspondiente a cada una de esas enfermedades.

Art. 2.º Publíquese para conocimiento general.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES.

José Martiréné.

ANEXO N.º 18

Ordenanza incluyendo el **TRACOMA** entre las enfermedades infecto-contagiosas de declaración obligatoria

Consejo Nacional de Higiene.

Montevideo, 12 de octubre de 1914.

El Consejo Nacional de Higiene, en uso de las atribuciones que le confiere la ley de 31 de octubre de 1895, debidamente autorizado,

RESUELVE:

Artículo 1.º Declárase el "tracoma" entre las enfermedades infecto-contagiosas de declaración obligatoria a que se refiere el artículo 1.º de la Ordenanza número 6 del Consejo Nacional de Higiene, promulgada por el Poder Ejecutivo con fecha 28 de julio de 1896.

Art. 2.º Publíquese para conocimiento general.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES.

José Mainginou.

Ministerio de Relaciones Exteriores.

Montevideo, 15 de diciembre de 1914.

Vistos: 1.º La Ordenanza número 153 del Consejo Nacional de Higiene, de fecha 12 de octubre de 1914, que incluye el "tracoma" entre las enfermedades infecto-contagiosas de declaración obligatoria;

2.º La comunicación del mismo Consejo estableciendo que debe considerarse la enfermedad a que se refiere dicha Ordenanza comprendida entre las especificadas en el segundo grupo del artículo 2.º del Reglamento de Sanidad Marítima.

RESUELVE:

1.º Que se haga saber a los Cónsules de la República la disposición relativa al "tracoma" a fin de que sean adverti-

das las autoridades sanitarias y las compañías de navegación, para los efectos previstos en el Reglamento de Sanidad Marítima.

2.º Que se comunique, inserte y publique.

BATLLE Y ORDÓÑEZ.
BALTASAR BRUM.

ANEXO N.º 19

Ordenanza por la que se incluye el **CARBUNCLO** entre las enfermedades infecto-contagiosas de declaración obligatoria

Consejo Nacional de Higiene.

Montevideo, 10 de mayo de 1916.

El Consejo Nacional de Higiene, en uso de las atribuciones que le confiere la ley de 31 de octubre de 1895, debidamente autorizado,

RESUELVE:

Artículo 1.º Incluir el carbunclo entre las enfermedades infecto-contagiosas de denuncia obligatoria, enumeradas en el artículo 2.º de la Ordenanza número 6.

Art. 2.º Publíquese para conocimiento del Cuerpo Médico de la República.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES,
Presidente.

Fernando Giribaldo,
Secretario *ad-hoc*.

ANEXO N.º 20

Ordenanza incluyendo la Poliomielitis aguda epidémica (Parálisis infantil), entre las enfermedades infecto-contagiosas de declaración obligatoria.

Consejo Nacional de Higiene.

Montevideo, 11 de enero de 1917.

El Consejo Nacional de Higiene, en uso de la facultad que le confiere la ley de 31 de octubre de 1895 (inciso a) del artículo 3.º), debidamente autorizado,

RESUELVE:

Artículo 1.º Incluir la Poliomielitis aguda epidémica (parálisis infantil) entre las enfermedades infecto-contagiosas enumeradas en el artículo 2.º de la Ordenanza número 6 y el artículo 26 del Reglamento de Sanidad Terrestre.

Art. 2.º De conformidad con el artículo 1.º de la citada Ordenanza, la Poliomelitis aguda epidémica es de declaración obligatoria.

Art. 3.º Es igualmente obligatoria la declaración de los casos frustrados o sospechosos de dicha enfermedad.

Art. 4.º La Poliomielitis aguda epidémica queda incorporada a las enfermedades mencionadas en el número 1 del artículo 102 del Reglamento de Sanidad Terrestre.

Art. 5.º Publíquese para conocimiento general.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES,
Presidente.

José Mainginou,
Secretario.

ANEXO N.º 21

Ordenanza por la que se impone tratamiento sanitario a los buques procedentes de puertos donde reine la **POLIOMIELITIS AGUDA** (Parálisis infantil), en forma epidémica, o que tengan a bordo uno o más enfermos de esa naturaleza.

Consejo Nacional de Higiene.

Montevideo, 17 de enero de 1917.

El Consejo Nacional de Higiene, en uso de la facultad que le confiere la Ley de 31 de octubre de 1895 (inciso a) del artículo 3.º), debidamente autorizado,

RESUELVE:

Artículo 1.º Todo buque procedente de puertos donde reine la enfermedad conocida por Poliomielitis aguda (parálisis infantil), en forma epidémica, quedará sujeto a las disposiciones establecidas en los artículos subsiguientes.

Art. 2.º Los buques que tengan a bordo uno o más enfermos de esta naturaleza, sufrirán el siguiente tratamiento sanitario:

- a) Desembarco del o de los enfermos para asistirse en su domicilio, o en un hospital, a juicio de la autoridad sanitaria.
- b) El buque sufrirá rigurosa desinfección y las familias de los enfermos serán vigiladas en tierra por la autoridad sanitaria.
- c) Los que hayan tenido enfermos durante la travesía serán rigurosamente desinfectados.

Art. 3.º Publíquese para conocimiento general.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES,
Presidente.

José Mainginou,
Secretario.

ANEXO N.º 22

Disposiciones relativas a las ESCUELAS en lo concerniente a profilaxis de la "POLIOMIELITIS AGUDA" (Parálisis infantil)

Consejo Nacional de Higiene.

Montevideo, 10 de enero de 1917.

Señor Inspector Nacional de Instrucción Primaria, doctor Abel J. Pérez.

Señor Inspector Nacional:

Habiéndose comprobado la existencia en esta ciudad de algunos casos de Poliomielitis aguda (parálisis infantil), el Consejo Nacional de Higiene se ha creído obligado a dictar medidas profilácticas capaces de detener la propagación de dicha enfermedad.

Entre otras de las medidas acordadas, se aprobaron las que a continuación transcribo. Dicen así:

"Disposiciones relativas a las escuelas—1.º Los niños que hayan padecido de Poliomielitis aguda (parálisis infantil), no podrán concurrir a la Escuela sino pasados dos meses de la enfermedad, y los demás niños de la casa sólo veinte días después del o de los últimos enfermos que hubiere habido en su domicilio.

2.º Se recomienda a los médicos escolares que en sus inspecciones presten la mayor atención para investigar los casos de Poliomielitis frustras que puedan existir entre los niños asistentes a las escuelas e indicar a los maestros que les comuniquen cualquier caso sospechoso de parálisis infantil".

La Corporación, en sesión de ayer, resolvió elevar a conocimiento de esa Inspección las disposiciones precedentes, rogándole quiera dignarse hacerlas conocer al Cuerpo Médico Escolar, a los efectos correspondientes.

Saluda al señor Inspector muy atentamente.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES,
Presidente.

José Mainginou,
Secretario.

ANEXO N.º 23

Ordenanza imponiendo tratamiento sanitario a los buques de ultramar que tuvieren ENFERMOS DE GRIPE al llegar al puerto o que los hubieren tenido durante el viaje.

Consejo Nacional de Higiene.

Montevideo, 31 de octubre de 1918.

El Consejo Nacional de Higiene, de acuerdo con la facultad que le concede el artículo 3.º de la Ley de 31 de octubre de 1895, debidamente autorizado.

RESUELVE:

Artículo 1.º La visita de sanidad a los buques de ultramar se practicará en el antepuerto.

Art. 2.º Los enfermos de gripe insólita que lleguen al país a bordo de esos buques, serán trasladados para su asistencia al Lazareto de la Isla de Flores.

Art. 3.º El Consejo, de conformidad con las disposiciones vigentes y las prácticas usuales, dispondrá la forma como se efectuará ese traslado.

Art. 4.º Los estibadores que trabajen en dichos buques llevarán para cambiarse una muda de ropa con el fin de someter a desinfección la que usaron durante el trabajo.

Art. 5.º Publíquese para conocimiento general.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES,
Presidente.

P. Prado,
Secretario.

Reglamento

El Consejo Nacional de Higiene, reglamentando la ordenanza promulgada por el mismo con fecha 31 de octubre ppdo.,

DISPONE:

Artículo 1.º Los buques de ultramar que tengan enfermos de gripe al llegar al Puerto, o que los hubieran tenido durante el viaje, serán sometidos al siguiente tratamiento:

- a) Desinfección de las ropas de uso interior usadas por los pasajeros para Montevideo. La desinfección se hará en la estufa de a bordo o por desinfectantes químicos.

Las valijas, cajas, baúles y sacos conteniendo ropas limpias, serán desinfectados exteriormente por medio de pulverizaciones antisépticas.

Dichas operaciones serán efectuadas por los Guardas Sanitarios bajo el contralor del Médico de Sanidad de turno.

- b) Los pasajeros de clase en tránsito podrán bajar en nuestro puerto sometiéndose a las mismas medidas que los pasajeros para Montevideo.
- c) Los enfermos de gripe común que conduzcan los buques comprendidos en este artículo, podrán desembarcar para ser asistidos en sus domicilios o en la Casa de Aislamiento.

Los de gripe insólita serán trasladados al Lazareto de la Isla de Flores.

Art. 2.º Los buques comprendidos en el artículo anterior operarán en el antepuerto bajo la vigilancia sanitaria, limitando el desembarco del personal de a bordo a lo estrictamente necesario para el servicio; y antes de empezar su descarga se procederá al lavado general del mismo y a la desinfección de las enfermerías, compartimientos de proa, sollado de marinería, *water closet*, etc.

Art. 3.º La desinfección de las ropas de los estibadores se efectuará en los buques comprendidos en el artículo 1.º.

Art. 4.º Los buques que no tengan enfermos ni los hubieran tenido durante el viaje, comprobado debidamente por la autoridad sanitaria y con más de diez días de navegación del último puerto, podrán atracar a las dársenas después de la visita de sanidad, previa desinfección de las ropas de los pasajeros y tripulantes, lavado general del buque y desinfección.

Art. 5.º A los buques cuyo término de viaje sea el Puerto de Montevideo o a los que toquen de tránsito para el Pacífico y conduzcan pasajeros de trasbordo se les aplicará el mismo tratamiento indicado en los artículos anteriores y los pasajeros podrán bajar en las mismas condiciones que los destinados a nuestro puerto.

Art. 6.º Los enfermos de gripe común que se produzcan en los buques que operan en el Puerto con más de cinco días de permanencia en él, podrán ser asistidos a bordo, en sus domicilios, o en las casas de aislamiento.

Estos buques, una vez retirado de a bordo el enfermo o dado de alta, serán desinfectados.

ANEXO N.º 24

Ordenanza incluyendo la **GRIPE DE FORMA GRAVE** entre las enfermedades infecto-contagiosas de declaración obligatoria

Consejo Nacional de Higiene.

Montevideo, 14 de abril de 1919.

El Consejo Nacional de Higiene, de conformidad con la facultad que le confiere el inciso a) del artículo 3.º de la Ley de 31 de octubre de 1895, debidamente autorizado,

RESUELVE:

Artículo 1.º Declarar a la gripe de forma grave, entre las enfermedades de denuncia obligatoria enumeradas en el ar-

tículo 1.º de la Ordenanza número 6, de este Consejo, promulgada con fecha 28 de julio de 1896.

Art. 2.º Publíquese para conocimiento general.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES,
Presidente.

Jaime H. Oliver,
Secretario.

ANEXO N.º 25

Ordenanza estableciendo la forma en que deberá efectuarse en lo sucesivo, la VISITA DE SANIDAD

Consejo Nacional de Higiene.

Montevideo, 13 de mayo de 1919.

Siendo un deber del Consejo Nacional de Higiene propender por todos los medios a su alcance a que los servicios a su cargo se ejecuten en la forma más regular y con equidad y justicia, de acuerdo con las facultades que le confiere la Ley de 31 de octubre de 1895, debidamente autorizado.

RESUELVE:

Artículo 1.º Modifícase la forma en que actualmente se verifican las visitas de sanidad.

Art. 2.º Los médicos encargados de efectuar ese servicio lo llevarán a cabo en lo sucesivo de acuerdo con lo que se determina en los artículos subsiguientes.

Art. 3.º Todo buque de ultramar que llegue al Puerto con el objeto de efectuar operaciones, recibirá la visita de sanidad después de haber atracado a la dársena o fondeado en el antepuerto.

Art. 4.º Los buques en tránsito o a la orden podrán recibir la visita de sanidad en la rada (superficie de agua comprendida entre la línea que enfila la Punta Brava con la Punta de Yeguas y la costa).—(Reglamento Marítimo del Puerto de Montevideo).

Art. 5.º La visita de sanidad se efectuará conforme a la siguiente especificación: 1.º Serán visitados los buques-correos y de pasajeros que estén atracados a las dársenas. 2.º Los buques de carga que estén atracados a las dársenas. 3.º Los buques-correos y de pasajeros que se encuentren fondeados en el antepuerto. 4.º Los buques de carga que se encuentren fondeados en el antepuerto. 5.º Los buques en tránsito o a órdenes fondeados en la rada, previa declaración del Agente de que el buque no hará operación comercial; y también los que por su calado no pueden entrar en la rada, siempre que esa imposibilidad sea debidamente justificada.

Art. 6.º En el caso de no haber sitio disponible para fondear en el antepuerto, lo que será debidamente comprobado por informe verbal de la Oficina de Prácticos del Puerto, la Inspección de Sanidad Marítima autorizará para pasar la visita en la rada a los buques comprendidos en el artículo 3.º que por aquel motivo no puedan entrar al antepuerto. Queda también facultada la misma oficina para proceder en igual forma, cuando se trate de buques a la orden, pero en el único caso de ignorarse quién es su Agente o consignatario. A los buques a vela que por falta de viento no pueden entrar a la rada, se les pasará, por excepción, la visita de sanidad hasta un límite que no pase de la última boya del canal de entrada al Puerto. Las excepciones contenidas en el presente artículo, solamente se observarán en los casos debidamente justificados. En los casos de excepción no previstos en este artículo podrá la Inspección de Sanidad Marítima autorizar la visita de sanidad en la rada.

Art. 7.º Los buques que conduzcan explosivos, como no pueden entrar al antepuerto, por prohibirlo el artículo 4.º del Reglamento Marítimo, recibirán la visita de sanidad en la rada.

Art. 8.º La presente ordenanza empezará a regir desde su promulgación.

Art. 9.º Publíquese para conocimiento general.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES,
Presidente.

Jaime H. Oliver,
Secretario.

ANEXO N.º 26

Ordenanza sobre preparación, venta y contralor de sueros antidiftéricos

Consejo Nacional de Higiene.

Montevideo, 21 de julio de 1919.

El Consejo Nacional de Higiene, haciendo uso de las facultades que le confiere la Ley de 31 de octubre de 1895, debidamente autorizado,

RESUELVE:

Artículo 1.º Los sueros antidiftéricos elaborados en el país o introducidos del extranjero, deben contener, por lo menos, 200 unidades antitóxicas por cc., medidas por el método Ehrlich.

Art. 2.º Sin embargo, se aconseja la preparación de sueros de una mayor valencia, con el objeto de disminuir la cantidad a inyectar, y de reducir, dentro de lo posible, los accidentes séricos.

Art. 3.º En cada envase, sea frasco, ampolla o jeringa, se indicará el nombre del suero, nombre de la fábrica, número de unidades antitóxicas que contiene, serie de la preparación y número, término de actividad y número de contralor.

Art. 4.º El contralor de los sueros antidiftéricos, cuya autorización de venta se solicite, será practicado por el Instituto de Higiene Experimental, a requerimiento del Consejo Nacional de Higiene.

Art. 5.º Esta ordenanza empezará a regir a los ocho meses de su promulgación; pasado este plazo se retirará de la venta todo suero que no esté en las condiciones que establece esta ordenanza.

Art. 6.º Publíquese para conocimiento general.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES,
Presidente.

Jaime H. Oliver,
Secretario.

ANEXO N.º 27

Ordenanza disponiendo que la **GRIPE CON COMPLICACIONES GRAVES** quede incorporada al segundo grupo de las enfermedades enumeradas en el artículo 40 del Reglamento de Sanidad Terrestre, ampliado posteriormente por la ordenanza relativa a **AISLAMIENTO** de enfermedades exóticas (Cólera, Peste bubónica y Fiebre amarilla) y de la Viruela, Escarlatina y Meningitis cerebroespinal epidémica.

Consejo Nacional de Higiene.

Montevideo, octubre de 1919.

Considerando que la gripe con complicaciones graves, como enfermedad contagiosa, debe quedar comprendida en la Ordenanza número 150, que amplía el artículo 40 del Reglamento de Sanidad Terrestre, el Consejo Nacional de Higiene

RESUELVE:

Artículo 1.º La gripe con complicaciones graves queda incorporada al segundo grupo de las enfermedades enumeradas en el artículo 40 del Reglamento citado, ampliado por la Ordenanza número 150.

Art. 2.º Publíquese para conocimiento general.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES,
Presidente.

Jaime H. Oliver,
Vocal-Secretario.

ANEXO N.º 28

Formalidades relativas a la Visita de Sanidad a los buques que con destino a nuestro Puerto o con escala en él, conduzcan **ENFERMOS CONTAGIOSOS**.

El Consejo, en sesión celebrada el 23 de diciembre ppdo., aprobó la siguiente resolución:

1.º Todos los buques con destino a nuestro puerto o con escala en él, que conduzcan enfermos contagiosos a bordo, fondearán en la Isla de Flores, donde recibirán una visita de sanidad previa, que efectuará el Médico Jefe de Sanidad del Lazareto. En esa visita se tomarán los siguientes datos: número de pasajeros para Montevideo, número de enfermos y defunciones ocurridas en la travesía, tomando esos datos del libro clínico. Existencia de enfermos en el hospital. Estado sanitario del buque en el momento de la visita. En caso de existir enfermos contagiosos a bordo con destino a Montevideo, serán desembarcados en el Lazareto para su asistencia, cuando corresponda.

Art. 2.º Para facilitar y abreviar la visita sanitaria acompañarán al Médico, además del Practicante del Lazareto, cuatro Guardas Sanitarios.

3.º Terminada la visita, los Guardas Sanitarios procederán de inmediato a efectuar las desinfecciones de los locales de a bordo que corresponda y de las repas de los pasajeros.

4.º Realizadas esas operaciones, el Jefe de Sanidad del Lazareto entregará un pliego cerrado al Capitán del buque, dirigido a la Inspección de Sanidad Marítima, en el que informará sobre el resultado de la visita, de conformidad con las indicaciones precedentes, despachando los buques para el Puerto de Montevideo.

5.º Estos buques fondearán en el antepuerto, donde recibirán una visita complementaria que efectuará el Médico de Sanidad, y si entre los pasajeros en tránsito no hubiese enfermos contagiosos, se permitirá el atraque a los muros de la dársena; en caso de existir enfermos a bordo, las operaciones las realizarán en el antepuerto.

6.º Cuando entre los pasajeros haya enfermos contagiosos a bordo o los hubiese tenido a su llegada, no se permitirá el desembarco en este puerto, de los pasajeros con destino a otro.

7.º Comuníquese a la Inspección de Sanidad Marítima.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES,
Presidente.

Justo F. González,
Vocal-Secretario.

ANEXO N.º 29

Sobre aplicación de determinadas medidas de profilaxis a los pasajeros de **TERCERA CLASE** que llegaren a nuestro Puerto

En sesión celebrada el 20 de febrero ppdo., el Consejo Nacional de Higiene ha aprobado con modificaciones de detalle un Proyecto de Resolución presentado a la Corporación por el miembro honorario doctor Ernesto Fernández Espiro, referente a la aplicación de determinadas disposiciones sanitarias que se relacionan con los pasajeros de tercera clase que llegaren a nuestro puerto en estado de desaseo.

Las disposiciones de la referencia, adoptadas por el Consejo, se encuentran comprendidas en la siguiente

RESOLUCIÓN:

Consejo Nacional de Higiene.

Medidas de profilaxis

Artículo 1.º Los pasajeros de 3.ª clase que lleguen al Puerto en estado de desaseo, serán sometidos al siguiente tratamiento, aun cuando las condiciones sanitarias de los vapores que los conduzcan sean satisfactorias:

- a) Visita médica e inspección minuciosa de cada uno de ellos.
- b) Baño de limpieza de los mismos.
- c) Desinfección y lavado de las ropas usadas.

Art. 2.º Además de esas medidas se practicará la limpieza y desinfección de los compartimientos y otros sitios frecuentados por esos pasajeros.

Art. 3.º La aplicación de dicho tratamiento no impedirá el desembarco de los pasajeros de primera y segunda clase, ni que en los vapores se efectúen las operaciones de carga y descarga.

Art. 4.º Los delegados de la autoridad sanitaria respectiva vigilarán el cumplimiento de las medidas indicadas.

Art. 5.º La obligación de desembarcar los pasajeros de ter-

cera clase en las estaciones sanitarias u otros locales análogos se hará efectiva toda vez que a bordo de los vapores no sea posible hacer la desinfección de sus ropas y limpieza de los mismos.

Art. 6.º La visita de inspección médica se efectuará en todos los casos en el Lazareto de la Isla de Flores con el objeto de comprobar el estado sanitario e higiénico de los buques.

Art. 7.º La permanencia de esos pasajeros en aquellos sitios durará el tiempo que requiera la ejecución del tratamiento profiláctico.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES,
Presidente.

Justo F. González,
Vocal-Secretario.

ANEXO N.º 30

Ordenanza incluyendo las Fiebres paratifoideas entre las enfermedades infecto-contagiosas de declaración obligatoria

Consejo Nacional de Higiene.

Montevideo, 20 de abril de 1920.

El Consejo Nacional de Higiene, haciendo uso de las facultades que le confiere la ley de 31 de octubre de 1895, debidamente autorizado,

RESUELVE:

Artículo 1.º Quedan incluidas las fiebres paratifoideas entre las enfermedades de denuncia obligatoria, enumeradas en la Ordenanza número 6 de este Consejo.

Art. 2.º Publíquese para conocimiento general.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES,
Presidente.

Justo F. González,
Vocal-Secretario.

Sobre ENCEFALITIS LETÁRGICA. — Disposiciones adoptadas por el Consejo Nacional de Higiene

Con fecha 26 de junio de 1920 se pasó un oficio al Consejo de Administración Departamental, pidiéndole se sirviera disponer que las autoridades de su dependencia, tratándose de encefalitis letárgica, aplicarán con rigurosidad las medidas que se hacen efectivas para la gripe grave. Esas medidas son las determinadas en el artículo 102 del Reglamento de Sanidad Terrestre, no debiendo aplicarse las disposiciones establecidas en el artículo 103 a los fallecidos por esta enfermedad. En la prescripción del artículo 104 se hará efectivo únicamente lo relativo a la velación del cadáver y tiempo que puede permanecer en la casa mortuoria, pudiendo efectuarse la inhumación en nichos y en sepulcros.

El Consejo Nacional de Higiene, en sesión del 28 de junio próximo pasado, resolvió declarar la *encefalitis letárgica* entre las enfermedades de denuncia obligatoria enumeradas en la Ordenanza número 6 de fecha 28 de julio de 1896, debiendo aplicarse a los infractores la penalidad establecida en la misma. En igual fecha resolvió solicitar de la Facultad de Medicina y del Concejo de Administración Departamental, que autorizan al Instituto de Higiene y al Laboratorio Bacteriológico Municipal, respectivamente, para efectuar gratuitamente los análisis que soliciten los médicos, tratándose de menesterosos, con el fin de determinar la forma u origen de encefalitis.

Obtenida la expresada autorización, se hizo una publicación por la prensa, dirigida al Cuerpo Médico, de acuerdo con los siguientes términos:

“El Consejo Nacional de Higiene hace saber a los señores Médicos que el Instituto de Higiene y el Laboratorio Bacteriológico Municipal, autorizados, respectivamente, por la Facultad de Medicina y el Concejo de Administración Departamental, practicarán gratuitamente los análisis que soliciten con el objeto de determinar la forma u origen de los casos de encefalitis que tuvieren bajo su asistencia profesional, siempre que se tratare de enfermos menesterosos.”

Consejo Nacional de Higiene.

Montevideo, 30 de junio de 1920.

Excmo. señor Ministro de Industrias, Dr. Luis C. Caviglia.

Confirmando la comunicación que verbalmente le hice, debo manifestar a V. E. que se han producido en Montevideo algunos casos de encefalitis letárgica (encefalitis epidémica). El número de denuncias en el mes que termina hoy, alcanza a *doce*, habiendo sido fatales algunos de los casos denunciados.

El desarrollo de esta enfermedad puede decirse que era previsto en la República, pues en todos los países donde se desarrolló la gripe grave en los años 1918 y 1919, la encefalitis letárgica coexistió con ella o fué su continuación.

Se trata de un mal que es débilmente contagioso, por lo cual su difusión será limitada, pero desgraciadamente las formas que caracterizan a esa enfermedad son en general graves.

El Consejo ha resuelto, Excmo. Señor, que las medidas profilácticas establecidas para la gripe grave se apliquen también para la encefalitis letárgica.

Además, ha acordado que los casos de esta enfermedad, sospechosos o confirmados, se denuncien a la autoridad sanitaria para que pueda intervenir en la forma correspondiente.

En cuanto a la gripe, cábeme la satisfacción de manifestar a V. E. que hasta ahora sólo han sido denunciados dos casos graves en el interior, estando, por lo tanto, el país casi completamente indemne de esta enfermedad.

Me complazco, con este motivo, en saludar a V. E. muy atentamente.

ALFREDO VIDAL Y FUENTES,
Presidente.

P. Prado,
Secretario.

2. Adopelón de las resoluciones tomadas por las Conferencias anteriores

POR EL DR. ERNESTO FERNÁNDEZ ESPIRO

En el informe que tuvimos el honor de presentar con el doctor Jaime H. Oliver a la V Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, celebrada en Santiago de Chile del 5 al 12 de noviembre de 1911, manifestamos en uno de sus párrafos que las disposiciones sanitarias de carácter internacional y aun mismo las de orden interno que habían entrado en vigencia en el Uruguay, se armonizaban perfectamente con las resoluciones adoptadas por las Convenciones de Wáshington y de México y por la Conferencia de Costa Rica. A fin de corroborar esta afirmación dijimos que la Convención Sanitaria Internacional de Río de Janeiro, suscripta por los Delegados de la Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay en 1904, había reducido el período de detención de los pasajeros provenientes de buques infestados, concordando en esto con lo aconsejado por la I Convención que se reunió en la capital de los Estados Unidos de América, en 1902. Agregamos, además, que en los preceptos dictados por el Consejo Nacional de Higiene para evitar el contagio y propagación del cólera indiano, se recomendaba lo que había establecido esa Convención respecto a la desinfección inmediata de las deyecciones de los que llegasen a ser atacados por esa enfermedad. Dijimos, asimismo, que la ley de vacunación y revacunación obligatorias estaba ya en vigencia, por lo cual quedaba cumplida una de las resoluciones de la III Convención, que se celebró en México del 2 al 7 de diciembre de 1907, relativa a la conveniencia de que los países americanos adoptasen dicha ley. Manifestamos, tam-

bién, que las demás recomendaciones hechas por esa Convención y por la IV Conferencia, reunida en Costa Rica del 25 de diciembre de 1909 al 3 de enero de 1910, habían empezado a cumplirse, con excepción de la que dispuso el envío de informaciones a la Oficina Sanitaria Internacional de Wáshington, por cuanto no había sido posible obtenerlas de las Comisiones de Sanidad que debieron remitirlas oportunamente al Centro Informativo de esta ciudad para que él a su vez las dirigiese a esa Oficina. Hicimos constar, finalmente, que se había dado cumplimiento a la décima resolución de la IV Conferencia, desde el momento que uno de los delegados del Uruguay, que asistieron a la que se celebró en Santiago de Chile, concurrió también a la Convención de México.

Respecto a las recomendaciones hechas por la V Conferencia, debemos hacer presente que la segunda de ellas ha sido cumplida por nuestro Gobierno, puesto que en la Delegación que ha nombrado para la que ha de reunirse en esta ciudad, no sólo figuran funcionarios de orden sanitario sino también personas que han asistido a algunas de las Conferencias anteriores.

Al ocuparnos del funcionamiento del Centro Informativo, tendremos oportunidad de referirnos a la tercera recomendación, en la que se indican los datos que han de enviarse periódicamente a la Oficina Sanitaria Internacional de Wáshington, lo mismo que al mencionado Centro Informativo.

La sexta recomendación se cumple entre nosotros desde hace tiempo, en razón de que las disposiciones vigentes exigen que los certificados de defunción deben ser expedidos por médicos que estén autorizados legalmente para el ejercicio de su profesión. No obstante esto, se admite la certificación hecha por los Tenientes Alcaldes en aquellos casos en que las defunciones se producen en parajes despoblados, carentes de facultativos que puedan desempeñar ese cometido.

Lo mismo debemos decir de la séptima recomendación, dado que nuestra Aduana cuenta con laboratorios para el análisis de las sustancias alimenticias y bebidas que se importan por ella.

Lo aconsejado en la octava resolución se lleva a cabo por el Consejo Nacional de Higiene, que es el que dispone la pre-

paración y ordenación de los datos estadísticos sobre la lepra, encomendando la ejecución de esa tarea a la sección que se ocupa de esa clase de trabajos. De modo que en cualquier momento es fácil obtenerlos, puesto que se van reuniendo a medida que se registran casos de esa enfermedad, cuya denuncia es de catá ter obligatorio y secreto, no pudiendo las oficinas que las reciben "dar a la publicidad ni a persona alguna que no esté debidamente autorizada, los nombres ni domicilios de los enfermos". (1)

Por otra parte, existe un hospital de aislamiento destinado a la asistencia de tuberculosos y a la de contagiosos agudos en el que se atiende a los que padecen de esa enfermedad, en un pabellón completamente alejado de los demás. Aparte de esto, se han dictado disposiciones por las cuales no se permite la entrada al país de inmigrantes atacados de lepra.

En cuanto a la décima recomendación, cumplenos manifestar que la Reglamentación de la prostitución rige en el Uruguay desde hace muchos años, efectuándose la inspección médica de las meretrices, tanto en un Dispensario como en sus domicilios, ordenándose, además, su hospitalización en caso preciso, en un local destinado a ese objeto, provisto de todos los medios necesarios de investigación y atendido por médicos especialistas en las enfermedades venéreas y sifilíticas.

Si bien es cierto que no tenemos una "Comisión permanente de la Tuberculosis", cuya creación se recomendó a los Gobiernos en la undécima resolución, no es menos exacto que poseemos una institución que se denomina "Liga Uruguaya contra la Tuberculosis", conocida en muchos de los países americanos por los importantes servicios que presta a la población desde hace cerca de veinte años. Nos corresponde añadir que no ha llegado a nuestro conocimiento que la Oficina de las Repúblicas Americanas de Wáshington haya gestionado de los respectivos Gobiernos, por conducto de sus ministros, el establecimiento de esa Comisión, de acuerdo con la resolución mencionada. Si algo se hubiese hecho en ese sentido, estaríamos habilitados en estos momentos para poder

(1) Artículo 17 de la Reglamentación de la Ordenanza sobre la declaración obligatoria de las enfermedades infecto-contagiosas.

suministrar a esta Conferencia algunos datos acerca de ese asunto.

Las recomendaciones trece, catorce, quince, diez y seis y diez y siete, relativas a sanidad marítima, las hace observar la autoridad encargada de ese servicio, desde el momento que la casi totalidad de ellas están contenidas en el Reglamento respectivo y en disposiciones posteriores a su aprobación.

Lo único que no se ha hecho es fijar a bordo de los buques el boletín a que se refiere la décimatercera recomendación, por el motivo de que el tratamiento sanitario impuesto a los buques, en determinados casos, se comunica de inmediato a sus respectivos comandantes, quienes, a su vez, lo ponen en conocimiento de los pasajeros. De manera que esa información breve y rápida viene a suplir la fijación del susodicho boletín, por cuanto se puede obtener el mismo resultado que se conseguiría con su colocación, procediendo en la forma que acaba de indicarse.

La vigilancia de los buques por médicos sanitarios, en circunstancias especiales, ha sido tenida en cuenta por el Consejo Nacional de Higiene, como una de las tantas medidas de profilaxis que necesariamente debe adoptarse, cuando la salud pública se ve amenazada por la posible invasión de una enfermedad de carácter epidémico. Más de una vez, por consiguiente, se ha echado mano de ese recurso, disponiendo el embarco de médicos en los vapores que se suponía, con sobrada razón, que pudiesen conducir pasajeros atacados de enfermedades exóticas.

Las demás recomendaciones, desde la vigésima a la vigésimasexta, están muy de acuerdo con las resoluciones tomadas por nuestras autoridades acerca de los distintos puntos a que ellas se refieren. Diremos solamente que se ha dispuesto lo conveniente en el Programa de la Conferencia que ha de realizarse en breve, para que cada Delegación presente su Memoria a la Secretaría de la misma, a fin de que sea distribuida oportunamente entre los Delegados, antes de abrirse las sesiones. De igual modo, se ha cumplido lo que tiene atingencia con el estudio de la meningitis cerebro-espinal epidémica y la poliomiélitis anterior trasmisible, dado que de ellas hemos hecho capítulo aparte en esta Memoria.



3. Enumeración de las enfermedades contagiosas que hayan reinado después de la V Conferencia (en especial la GRIPE), medidas adoptadas para evitar su propagación, número de casos y defunciones.

POR EL DOCTOR JAIME H. OLIVER

Al cuadro de las enfermedades infecto-contagiosas existentes en la República, se ha agregado en estos últimos años tres enfermedades nuevas, aparecidas en forma epidémica después de la V Conferencia Sanitaria, aunque con muy escaso desarrollo. Son ellas: la meningitis cerebro-espinal aparecida en el año 1913, la poliomielitis anterior en el año 1916, y la encefalitis letárgica cuyos primeros casos fueron notados en Montevideo en el curso del presente año de 1920. La descripción de la marcha de estas tres enfermedades se hace en el capítulo 5.º de esta Memoria.

De acuerdo con el enunciado del 3er. tema del Programa de la Conferencia, que nos toca tratar ahora en este capítulo, damos a continuación, agrupados en forma de cuadro, los datos correspondientes al número de casos denunciados y de los fallecidos de cada una de las *enfermedades infecto-contagiosas producidas en toda la República durante el período de los años 1912 a 1919*, inclusive.

Morbosidad y mortalidad por enfermedades infecto-contagiosas desde el año 1912 al 1919 en toda la República

AÑOS	Sarampión		Escarlatina		Viruela		Erisipela		Difteria		Infección puerperal		Tos convulsa		Tuberculosis pulmonar y laríngea		Lepra		Peste		Beri-Beri		Meningitis cerebro-espinal epidémica		(Varicela		Tracoma		Tríptica		Poliomielitis aguda	
	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F
1912.	1,086	22	377	6	6	1	27	7	350	17	33	58	556	57	2,191	1,414	10	3	4	1	10	1	—	—	—	—	—	—	1,149	243	—	—
1913.	1,083	36	261	11	2	—	32	10	465	62	82	57	99	12	2,129	1,320	11	5	9	2	12	—	17	15	—	—	—	734	178	—	—	
1914.	1,36	4	264	1	—	—	37	3	534	63	94	57	216	7	2,378	1,340	9	2	2	—	22	2	5	6	—	—	—	648	137	—	—	
1915.	468	12	743	15	7	—	22	7	533	63	78	50	525	91	2,477	1,604	11	9	1	—	1	—	29	26	—	—	3	450	120	—	—	
1916.	1,361	57	229	18	14	1	24	8	357	51	90	70	609	114	2,551	1,982	6	11	7	2	6	—	21	21	558	77	3	746	222	—	—	
1917.	398	10	132	6	9	1	29	4	427	41	88	66	425	45	1,852	1,861	11	6	2	2	—	—	15	10	601	94	16	1,151	275	52	2	
1918.	34	1	174	7	3	—	21	5	816	84	110	60	346	29	1,907	2,004	9	5	3	2	—	—	8	—	430	74	4	1,170	313	6	1	
1919.	30	1	98	—	—	—	15	11	733	109	50	59	211	38	1,486	1,947	2	4	20	10	—	—	7	—	175	53	5	570	169	4	3	
TOTALES.	4,546	143	2,278	64	11	3	207	55	4,213	520	655	486	3,001	403	15,971	13,681	136	45	48	19	51	3	102	78	1,761	298	38	6,618	1,657	62	6	

NOTA.— *D* significa denuncias, *F* fallecidos. — Este cuadro está confeccionado con los datos suministrados por el Consejo Nacional de Higiene, menos las cifras de fallecimientos de los años 1918 y 1919, que han sido tomadas de los Anuarios de la Dirección General del Registro del Estado Civil, años 1918 y 1919.

CONSIDERACIONES GENERALES.—A propósito de los temas N.os 4, 5, 6 y 7, se encontrarán las consideraciones especiales sobre la peste bubónica, meningitis cerebro-espinal epidémica, poliomielitis anterior, encefalitis letárgica, tuberculosis, fiebre amarilla, tracoma, anquilestomiasis y lepra. En este párrafo queremos solamente hacer resaltar algunos caracteres de las otras enfermedades infectocontagiosas indicadas en el cuadro anterior.

Sarampión.—Enfermedad endémica en nuestro país: se han producido casos todos los años, en mayor cantidad en algunos en que esta enfermedad ha revestido un carácter epidémico. Así el año 1912, con 1,096 casos denunciados y 22 defunciones; año 1913, con 1,083 casos y 26 defunciones; año 1916, con 1,391 casos y 57 defunciones. En el presente año de 1920 ha habido también una fuerte epidemia, pero no es posible dar en este párrafo datos estadísticos por no estar aún compilados. Es de notar el número escaso de defunciones, que en un total de 4,546 casos denunciados en los 8 años que comprende esta estadística (1912 a 1919 inclusive) se han producido 143 defunciones, la mayoría de ellas por la complicación más frecuente del sarampión que es la bronconeumonía.

Escarlatina.—Enfermedad también endémica, ha formado pequeñas epidemias, principalmente en el año 1915 en el que fueron denunciados 743 casos. Esta enfermedad ha tenido una forma muy benigna, como puede verse por la cifra muy poco elevada de defunciones, que en los 8 años de 1912 a 1919 (inclusive) sobre un total de 2,278 casos denunciados sólo se han producido 64 defunciones, siendo de notarse el año 1919, en el cual sobre 98 casos denunciados no se produjo ninguna defunción.

Difteria.—También a esta enfermedad ha pagado su tributo nuestro país. Se ha notado un incremento en los dos últimos años, pues 1918 figura con 816 casos y 1919 con 723. La mortalidad ha sido en los 8 últimos años (1912 a 1919 inclusive) de 520 defunciones sobre 4,243 casos. Esta benignidad relativa de esta infección, tan grave en general en otros países, es debida, sobre todo, a las excelentes cualidades del suero antidiftérico preparado por nuestro Instituto de Higiene, que es el único empleado en el país.

Tifoidea.—Enfermedad también endémica en todo el territorio de la República; presenta su mayor frecuencia en las poblaciones de la campaña que aún no poseen servicios de saneamiento; es cada vez menos frecuente en Montevideo, y más especialmente en las zonas de la ciudad provistas de alcantarillado y aguas corrientes, en las cuales el número de casos producidos es sumamente bajo. En los años 1912, 1916, 1917 y 1918 se han producido algunos focos epidémicos en poblaciones del interior, que son los que elevan las cifras de la estadística; de 1912 a 1919 fueron denunciados 6,618 casos con 1,657 defunciones. Las obras de saneamiento y de aprovisionamiento de aguas potables a las poblaciones más importantes de la República, obra que va desarrollándose conforme a un plan ya aprobado por las autoridades sanitarias, permiten esperar hacer disminuir la importancia de esta enfermedad como factor epidemiológico. En otra parte de esta Memoria (N.º 11) se encontrarán los datos pertinentes a estos servicios de aguas corrientes y de alcantarillado.

Carbunclo.—En un país esencialmente ganadero, no es extraño que esta enfermedad haga sus víctimas entre el personal de los establecimientos de campo y en los dedicados al comercio de cueros, lanas, cerdas, etc., que son los productos que más frecuentemente sirven de vehículo a la infección.

Esta enfermedad recién en el año 1916 se ha incluido entre las de denuncia obligatoria; por eso no hay recogidos datos sobre su frecuencia hasta esa época. Pero, los datos de los últimos años dan cifras bastante sensibles, pues se han producido un total (desde 1916 a 1919) de 1,764 casos con 298 defunciones. Estas son, en realidad, cifras elevadas, tratándose de una enfermedad perfectamente evitable si se hiciera una profilaxis apropiada en los animales. La Policía Sanitaria Animal dispone actualmente de una ley de defensa bien concebida y de un personal competente, con un delegado oficial en cada Departamento, encargado de vigilar los establecimientos de campo y de aplicar las disposiciones vigentes, entre las cuales la principal consiste en el aislamiento y desinfección del establecimiento infectado y en la vacunación anticarbunclosa repetida cada año. Por su parte el Consejo Nacional de Higiene ha creado una *Sección de*

Carbunelo con una Comisión permanente, encargada de recopilar todos los datos referentes a la marcha de esta enfermedad y de proponer todas aquellas medidas de policía sanitaria y de propaganda a fin de extirpar esa enfermedad, así como también las medidas de profilaxis para el personal de los establecimientos en que se manipulen productos de ganadería.

Viruela.—La última epidemia de viruela en nuestro país corresponde a los años 1909, 1910 y 1911; desde entonces esta enfermedad debe considerarse extinguida en el país. En efecto, en los últimos 8 años solamente se han producido 41 casos con 3 defunciones. Pero conviene entrar en algunos detalles especiales, que justificarán la afirmación de que la viruela no debe ya contarse como una enfermedad de esta República.

Así, estudiados los últimos 8 años uno a uno, podemos con satisfacción consignar los siguientes datos: *Año 1912*: hubo 5 casos en Montevideo, procedentes del extranjero y desembarcados de vapores llegados al Puerto, en la Estación Sanitaria de la Isla de Flores, con un fallecido a bordo del vapor austriaco "Argentino". En campaña un caso, curado, en las cercanías de la frontera con el Brasil. *Año 1913*: hay consignados 11 casos, con 2 defunciones; estas dos defunciones corresponden a dos enfermos desembarcados de los vapores de ultramar "Algerie" e "Infanta Isabel"; los otros casos se produjeron en campaña cerca de la frontera del Brasil. *Año 1914*: completamente blanco, sin ningún caso. *Año 1915*: se citan en toda la República 7 casos sin ninguna defunción: un caso en Montevideo procedente del exterior y los demás producidos en un Departamento del norte, en el Salto, en donde se produjo un pequeño foco por contagio de un enfermo infectado en el vecino Estado de Río Grande, en la localidad de Itapitocay, en la cual reinaba esa enfermedad. Las medidas de aislamiento y la vacunación del vecindario, tomadas por el Consejo Nacional de Higiene evitaron la propagación del foco. *Año 1916*: cuenta con 14 casos y una defunción; once casos se produjeron en el pueblo "Tomás Gomensoro", donde se formó un pequeño foco debido a un pasajero procedente de Uruguayana, en donde se habían producido casos de viruela, y que enfermó pocos días después de su llegada a Tomás Gomensoro, y sin haber solicitado asistencia

médica, por cuya causa se produjeron los otros casos por contagio. Los otros 3 casos se produjeron en otra población cercana a la misma frontera norte, en Laureles, también por persona procedente del Brasil. *Año 1917*: tiene en su haber 9 casos y una defunción; de éstos, ocho casos se produjeron en la ciudad de Rivera, en la frontera del Brasil, y tuvieron por causa pasajeros provenientes de Santa Ana, en el Brasil, en donde existía la enfermedad; el otro caso se produjo en Montevideo, también en un pasajero procedente de la misma ciudad de Santa Ana (Brasil). *Año 1918*: se denunciaron dos casos en la población de Santa Rosa del Cuareim, sobre la línea fronteriza con el Brasil, en personas procedentes del vecino Estado de Río Grande, donde reinaba la enfermedad. En Montevideo, un pasajero del vapor "War-Losell" enfermó de viruela y fué desembarcado en la Estación Sanitaria de la Isla de Flores. *Año 1919*: también en blanco; ningún caso de viruela se produjo en la República.

Como se ve, *en resumen*, los 41 casos presentados en los últimos años 1912 a 1919, tuvieron por origen infecciones importadas del exterior del territorio; ningún caso incubado en el país. Se justifica, pues, nuestra afirmación de que *la viruela puede considerarse extinguida en el país*.

Vacunación.—De los datos que han servido para confeccionar este capítulo, los cuales proceden de la *Inspección de Sanidad Terrestre* del Consejo Nacional de Higiene, se deduce que la casi totalidad de las personas que enfermaron de viruela en el período de tiempo que tratamos, eran personas *no vacunadas*; en los pocos vacunados la viruela fué muy atenuada. La causa de la inmunidad que presenta nuestro país a la viruela se debe a la extensión que ha tenido la práctica de la vacunación antivariólica, de acuerdo con la ley de vacunación obligatoria, ya citada en la anterior Memoria presentada por la Delegación de este país a la V Conferencia Sanitaria verificada en Santiago de Chile en el año 1911. El siguiente cuadro se refiere a las

VACUNACIONES PRACTICADAS EN LA REPÚBLICA EN LOS AÑOS
1911-1919 (INCLUSIVE)

Años	Montevideo	Departamentos del litoral e interior	República
1911 . . .	10,589	17,810	28,399
1912 . . .	7,795	10,556	18,351
1913 . . .	8,122	12,116	20,238
1914 . . .	7,646	14,524	22,170
1915 . . .	14,133	23,650	37,783
1916 . . .	10,385	13,017	23,402
1917 . . .	11,034	20,334	31,368
1918 . . .	8,061	7,930	15,991
1919 . . .	11,619	8,303	19,922
Totales . .	89,384	128,240	217,624

Si recordamos que en la Memoria presentada a la V Conferencia Sanitaria, consignábamos el dato de que en los diez años que van de 1901 a 1910 (inclusive) se habían vacunado 421,707 personas, tendremos que, agregados los datos de los últimos ocho años, en un período de 18 años, de 1901 a 1919 (inclusive) se han vacunado en la República 639 331 personas, es decir, casi la mitad de toda la población. Esto permite afirmar que, gracias a la vacunación antivariólica, la República se encuentra bien defendida contra la invasión de la viruela, enfermedad que, volvemos a decirlo, ha llegado a ser extraña al país.

Beri-beri.—Esta enfermedad no existe en nuestro país: los casos consignados en el cuadro general se refieren al personal de la tripulación de buques de vela, llegados al Puerto de Montevideo con esos enfermos a bordo. Todos los enfermos de beri-beri fueron desembarcados en la Estación Sanitaria de la Isla de Flores, no habiéndose producido ninguna defunción. Los enfermos desembarcados mejoraron rápidamente una vez salidos del buque en que enfermaren, y no se produjo ningún caso de contagio. Este hecho habla algo en favor de la doctrina que considera al beri-beri no como enfermedad infecciosa, sino más bien como *enfermedad de carencia*, de origen alimenticio.

GRIPPE (1)

Esta enfermedad apareció por primera vez en nuestro país en el *verano del año 1890, precisamente a mediados del mes de enero*. Revistió desde su inicio la forma epidémica, al igual de la que reinaba desde los últimos meses de 1889 en Europa, de donde fué transportada a nuestro país por vía marítima. La epidemia se propagó con gran rapidez, atacando en pocos días a la mayoría de la población de la Capital. Como consecuencia de esta gran extensión de la enfermedad se notaron deficiencias en los servicios públicos, al igual de lo que había sucedido en Europa unos meses antes. De la Capital, la epidemia se propagó al resto del país, produciéndose también numerosos casos en todos los Departamentos. La gravedad de la epidemia fué muy escasa; revistió una forma nerviosa con localizaciones pulmonares, lo más frecuente, pero muy poco graves. En general produjo pocas defunciones, sin que podamos precisar cifras por falta de estadísticas. La epidemia duró aproximadamente dos meses, y para principios del otoño ya había desaparecido.

Sin embargo, durante todo el curso del año 1890 se produjeron muchos casos aislados, tomando la enfermedad la forma endémica.

En los años siguientes, de 1891 y 1892, esta forma endémica se transformó de nuevo en epidemia, al igual de lo que pasó en Europa. En general la extensión de estas dos últimas epidemias fué mucho menor que la de 1890, y como ésta en 1891 y 1892 fueron pocos los casos mortales. Todavía en los años 1893 y 1894 se produjeron nuevos brotes de la epidemia, con una mortalidad bastante sensible, que después no se ha producido hasta la epidemia de 1918.

He aquí los datos que hemos obtenido: Año 1892, mortalidad por gripe en la República 174; ídem 1893, ídem ídem 96; ídem 1894, ídem ídem 253.

—Desde 1895 a 1918, es decir, durante un período de 24 años, la gripe persistió en el país, pero en forma endémica, en ca-

(1) Un conocimiento más detallado de la última epidemia de gripe en los años 1918 y 1919, lo encontrará el lector en el «Boletín del Consejo Nacional de Higiene», N.º 166, del mes de agosto de 1920.

sos aislados, sin formar focos, pero con agravaciones en cuanto al número de atacados y a sus complicaciones, en las estaciones de otoño e invierno. La gripe endémica no conservó las formas clínicas alarmantes de la forma epidémica, quedando constituida en una enfermedad que afectaba una forma nerviosa, con depresión y dolores generales con ligera fiebre, y que duraba en su período agudo sólo de 36 a 48 horas. Muy generalmente este período agudo era seguido de un ligero catarro bronquial, siendo más excepcionales las congestiones pulmonares y las bronco-neumonías. Sin embargo, conservó uno de los caracteres de la forma epidémica, cual es el ataque al sistema de defensas del organismo, por lo cual la convalecencia era larga y caracterizada, sobre todo, por un estado de depresión general con agravación de las enfermedades que padecían antes los gripados. Sobre todo los tuberculosos veían agravado su estado, ya sea por la caída del estado general del organismo y por la agravación de sus lesiones preexistentes, o de las lesiones nuevas del aparato respiratorio, entre las cuales ocupaban un lugar de preferencia las congestiones pulmonares en sus diversas formas, las bronco-neumonías y las pleuresías supuradas. A pesar de estas complicaciones la gripe ha producido muy pocas muertes en esos 26 años que revistió la forma de *gripe-nosstras* o *influenza*, nombre este último con el cual generalmente se le designaba.

El cuadro adjunto establece la mortalidad por *gripe* en Montevideo desde 1895 a 1917 inclusive, según los datos del Consejo Nacional de Higiene:

La mortalidad por gripe en Montevideo, de 1895 a 1917

Años	Defunciones
1895	14
1896	8
1897	9
1898	20
1899	7
1900	21
1901	18
1902	24

Años	Defunciones
1903	15
1904	11
1905	27
1906	13
1907	16
1908	21
1909	21
1910	27
1911	7
1912	20
1913	19
1914	11
1915	11
1916	23
1917	6

Epidemia de 1918 y 1919.—Llegamos así al año 1918, en cuya primavera aparece la 2.^a gran epidemia de gripe que ha azotado al Uruguay. La enfermedad hace su aparición en la primera quincena de octubre, extendiéndose con rapidez en la segunda mitad del citado mes, adquiriendo su máximo de extensión desde el final de octubre al 10 de noviembre, en que empieza a declinar, para terminar en la primera quincena de diciembre; es decir, en total entre 7 y 8 semanas de duración.

Los primeros casos aparecieron en Montevideo, importados por vía marítima, pues unas semanas antes de su aparición en Montevideo, la gripe hacía numerosas víctimas en Río de Janeiro, y casi todos los vapores procedentes de puertos europeos llegaron a nuestro puerto con enfermos graves de esa enfermedad (véase cuadro al final de este capítulo). De cualquier modo, puede afirmarse que la *gripe* fué transportada de Europa a América, y que la epidemia de 1918 en nuestro país no es sino la extensión de la *gripe* que en el mismo año invadió el continente europeo.

De Montevideo, la epidemia se extendió a todo el territorio de la República, siguiendo las vías de comunicación. Sin embargo, en los Departamentos de nuestras fronteras se han producido nuevas puertas de entrada desde los países limí-

trofes, invadidos antes que esas localidades. Así, por ejemplo, en el Departamento de Cerro Largo, lindero con el Brasil, la enfermedad se introdujo de ese país vecino, antes de que pudiera llegar de la Capital, nuestra epidemia. Un hecho semejante se ha podido comprobar en el puerto de Fray Bentos, sobre el río Uruguay, en donde los primeros casos parece haber sido importados por pasajeros provenientes de la República Argentina. Ha habido, pues, en nuestro país, tres puertas de entrada en la epidemia de 1918: la vía marítima en Montevideo, la terrestre para los Departamentos limítrofes al norte con el Brasil, y la fluvial al oeste, sobre el río Uruguay limítrofe con la Argentina.

La *extensión* de la epidemia puede calcularse en más de 130.000 casos, solamente en Montevideo; es decir, aproximadamente la 13 parte de la población. Casi en igual proporción se extendió en los Departamentos vecinos a la Capital, pero la intensidad de la epidemia decreció al alejarse de Montevideo, y así se pudo observar que los Departamentos centrales de la República fueron poco atacados, distinguiéndose como los menos afectados los Departamento de *Recha* y *Maldonado*. Se nota un nuevo crecimiento de la epidemia en los Departamentos del norte y del oeste limítrofes con el Brasil y la Argentina; y así *Cerro Largo*, *Rivera*, *Artigas*, *Salto* y *Paysandú* forman una nueva línea en que la epidemia tuvo una *gran extensión*.

La *mortalidad* está en relación con el número de casos, y ella fué aproximadamente de uno por mil de los atacados. Se han anotado en los Registros del año 1918, para Montevideo 136 defunciones, y en total 926 para todo el territorio de la República.

La epidemia de *gripe* de 1918 se caracterizó, en el Uruguay, por su extrema y rápida difusión, gran extensión en el número de personas atacadas (aproximadamente la 13 parte de la población), y muy escasa defunción (menos de 1 por mil de los atacados en Montevideo y algo más en ciertos Departamentos), con pocas complicaciones, y éstas en especial del aparato respiratorio.

—En 1919 vuelve a aparecer otra vez la epidemia, en el mes de julio; es decir en pleno invierno, y duró todo el mes de agosto y parte del de septiembre. Esta segunda epidemia

parece no haber sido importada del exterior, pues entre la de 1918 y la de 1919 se continuaron produciendo casos esporádicos de gripe, con caracteres graves. La epidemia de 1919 debe ser considerada, pues, como una agravación de la misma epidemia de 1918, no completamente extinguida; semejante en esto a lo acaecido en Europa durante el desarrollo de esta pandemia.

La epidemia gripal de 1919 se diferenció de la del año anterior por su *menor difusión*, pues el número de casos fué considerablemente menor, como se pudo constatar en las grandes masas de población que viven en colectividades (obrerros de fábricas, empleados de tranvías, ferrocarriles, obreros del Puerto de Montevideo, personal del Ejército y de Policía, etc.) que fueron poco atacados en esta epidemia de 1919, a la inversa de lo acaecido en la de 1918. Por otra parte, los atacados en la epidemia de 1918 fueron, en general, respetados por la de 1919, y los Departamentos más invadidos en la primera onda, conservaron cierta inmunidad en la segunda. En cambio los Departamentos del centro y sur de la República, poco atacados en la epidemia de 1918, fueron más castigados en la de 1919.

Pero, esta segunda onda fué más grave que la de 1918, por el número y gravedad de las complicaciones bronco-pulmonares, circunstancia que debe atribuirse a la época del año de su explosión (estación de invierno). Así la mortalidad en esta segunda epidemia fué mayor que en la de 1918, pues solamente en Montevideo, en 1919, se registraron 307 defunciones por *gripe*, es decir, algo más del doble de la mortalidad por esta misma enfermedad en 1918 (136 defunciones en 1918 para Montevideo).

Estos caracteres de mayor gravedad que revistió la epidemia de 1919 en la Capital, pueden aplicarse de una manera general, a todo el resto de la República. Es decir que la epidemia de *gripe en 1919* se caracterizó por su menor extensión y difusión, por la mayor frecuencia y gravedad de las complicaciones del aparato respiratorio, y por el aumento de la mortalidad que llegó al 2 por mil de los atacados.

Los siguientes cuadros, aun cuando sólo se refieren al *Servicio de Primeros Auxilios* de la Asistencia Pública, en Mon-

tevideo, pueden dar bien una idea de la extensión de la enfermedad en la Capital.

Historia de la gripe en el Servicio de Primeros Auxilios y asistencia externa domiciliaria—1918-1919

AÑOS	PRIMEROS AUXILIOS			
	ENFERMOS ATENDIDOS:			
	De «Gripe»	Las demás causas	TOTAL	Proporción %
1918	2,883	26,194	29,077	9.92
1919	2,822	24,159	26,981	10.46

Enfermos de gripe en el Servicio de Primeros Auxilios en el año 1918, clasificados por meses y sexos

MESES							Hombres	Mujeres	Total
Enero	.	.	.	.	.	.	16	20	36
Febrero	.	.	.	.	.	.	21	17	38
Marzo	.	.	.	.	.	.	21	22	43
Abril	.	.	.	.	.	.	28	16	44
Mayo	.	.	.	.	.	.	24	21	45
Junio	.	.	.	.	.	.	20	26	46
Julio	.	.	.	.	.	.	33	43	76
Agosto	.	.	.	.	.	.	30	27	57
Septiembre	.	.	.	.	.	.	50	50	100
Octubre	{	epidemia	.	.	.	.	735	361	1,096
Noviembre							654	578	1,232
Diciembre	.	.	.	.	.	.	32	38	70
							1,664	1,219	2,883

*Enfermos de gripe en el Servicio de Primeros Auxilios en el
año 1919, clasificados por meses y sexos*

MESES		Hombres	Mujeres	Total
Enero		17	14	31
Febrero		8	21	29
Marzo		26	28	54
Abril		31	14	45
Mayo		17	18	35
Junio		26	36	62
Julio		728	728	1,456
Agosto		387	448	835
Septiembre		54	69	123
Octubre		32	29	61
Noviembre		29	21	50
Diciembre		24	17	41
		1,379	1,443	2,822

Los siguientes cuadros dan el número de fallecidos por *gripe*, durante esta epidemia, según los datos del Consejo Nacional de Higiene.

Mortalidad por gripe en la República, clasificada por Departamentos

(Años 1918-1919)

Departamentos	Año 1918	Año 1919
Artigas	106	11
Canelones.	16	125
Cerro Largo.	77	35
Colonia	3	33
Durazno	11	27
Flores	2	30
Florida	9	58
Maldonado	1	36
Minas	7	115
Montevideo (Capital)	138	313
Paysandú.	127	9
Río Negro	9	—
Rivera.	116	3
Rocha.	30	63
Salto	167	2
San José.	3	91
Soriano	15	128
Tacuarembó	80	6
Treinta y Tres	8	4
República	925	1,089

*Mortalidad por gripe, en la República, clasificada por edad
y sexo*

(Año 1918)

EDAD					Mujeres	Varones	Total
De	0	a	9	años	54	61	115
"	10	"	19	"	41	47	88
"	20	"	29	"	160	103	263
"	30	"	39	"	129	71	200
"	40	"	49	"	80	51	131
"	50	"	59	"	28	23	51
"	60	"	69	"	20	20	40
"	70	"	79	"	4	12	16
"	80	"	100	"	1	4	5
Se ignora					12	5	17
Total					529	397	926

*Mortalidad por gripe, en la República, clasificada por edad
y sexo*

(Año 1919)

EDAD					Varones	Mujeres	Total
De	0	a	9	años	70	51	121
"	10	"	19	"	49	47	96
"	20	"	29	"	140	120	260
"	30	"	39	"	157	114	271
"	40	"	49	"	97	52	149
"	50	"	59	"	49	26	75
"	60	"	69	"	32	24	56
"	70	"	79	"	20	18	38
"	80	"	100	"	6	6	12
Se ignora					4	7	11
Total					624	465	1,089

*Mortalidad por gripe, en el país, en 1918, por mil habitantes*¹

(Año 1918)

Departamentos	Fallecidos	Mortalidad por gripe	Proporción por mil habitantes
Artigas.	38,208	106	2 77
Canelones	117,219	16	0 13
Cerro Largo	58,114	77	1 32
Colonia.	85,332	3	0 03
Durazno	55,923	11	0 19
Flores	23,679	2	0 08
Florida.	62,666	9	0 14
Maldonado.	40,812	1	0 02
Minas	68,858	7	0 10
Montevideo	382,704	139	0 36
Paysandú	71,272	127	1 78
Río Negro	37,046	9	0 24
Rivera	46,257	116	2 50
Rocha	47,545	30	0 63
Salto	73,309	167	2 27
San José	61,785	3	0 04
Soriano.	56,602	15	0 26
Tacuarembó	61,124	80	1 30
Treinta y Tres	41,510	8	0 19
República	1.429,585	926	0 64

En el presente año de 1920 la gripe no ha reaparecido en forma epidémica; de tal manera que esta epidemia de gripe parece haber terminado, no habiendo tenido más que *dos ondas*: una en 1918 y la otra en 1919. Sin embargo, se han comprobado en este último invierno, año de 1920, algunos casos aislados de gripe, y se han inscripto hasta el inicio de la primavera (fin de agosto) solamente 5 defunciones por esta enfermedad.

Medidas adoptadas para evitar la propagación de la gripe —Desde la aparición de los primeros casos, en octubre de 1918, la autoridad sanitaria de nuestro país, el Consejo Na-

cional de Higiene, se preocupó de tomar todas las medidas que pudieran detener el avance de la epidemia. Para ilustrar a la población publicó unos *consejos* para precaverse contra la gripe; invitó a los médicos a denunciar a la Dirección de Salubridad de Montevideo los casos de gripe grave que tuvieran en asistencia. Además solicitó del Gobierno la clausura por diez días de todos los locales en los cuales se produce normalmente aglomeración de personas (universidad, liceos, escuelas públicas y privadas, iglesias, teatros, casinos, biógrafos, casas de sport, etc.), así como el cierre de los cafés, bars, etc., a las 11 de la noche; supresión de las visitas a los cementerios en los días 1 y 2 de noviembre, que se dedican al recuerdo de los muertos, y también prohibición de celebrar reuniones públicas, ya fueran al aire libre o en locales cerrados.

Se estableció, además, la desinfección de los vagones de ferrocarriles y tranvías, de los coches y taxímetros de alquiler; se suprimió la velación de los cadáveres de los fallecidos por gripe, siendo retirados de la casa mortuoria antes de las 6 horas del fallecimiento.

Por su parte, la Municipalidad de Montevideo estableció una vigilancia especial sobre hoteles, fondas, posadas, inquilinatos, etc., obligando la higienización de los locales que lo necesitaban, con vigilancia de las personas enfermas que existieran en ellos.

Se ordenó, asimismo, la higienización de los locales de las comisarias, cuarteles, iglesias, escuelas, estaciones de ferrocarriles y tranvías, talleres, salas de espectáculos; se practicó un lavado excepcional, con solución de creolina, de las principales calles de la ciudad. Se instaló una observancia especial en los establecimientos que emplean numeroso personal, como frigoríficos, tranvías, ferrocarriles, cuarteles, correo y telégrafo, en lo relativo a investigar la causa de las faltas de asistencia de ese personal. Se repartieron 40.000 ejemplares de los *Consejos para precaverse de la gripe*, formulados por el Consejo Nacional de Higiene, y se colocaron 3.000 carteles conteniendo las mismas sugerencias, en las calles de la Capital.

Por último, atendiendo a un pedido del Consejo Nacional de Higiene, fué creada una *Comisión de protección contra la*

Gripe, para socorrer los hogares necesitados donde se produjeran casos de esa enfermedad. El Gobierno de la República acordó al Consejo Nacional de Higiene la cantidad de 50,000 pesos para combatir la epidemia, y una colecta pública realizada por la *Comisión de Protección*, aportó casi otros 50,000 pesos, para los fines de su creación.

—Estas medidas se hicieron extensivas a los Departamentos, a medida que éstos fueron invadidos por la epidemia, estableciendo que los *Médicos del Servicio Público* en los Departamentos, comunicaran la aparición de enfermos de gripe graves, procediendo a su aislamiento, dentro de lo posible.

Por *vía terrestre* se estableció una *observación sanitaria* sobre los pasajeros procedentes del Brasil por el tren internacional. Esta observación consistió en tomar la filiación de los pasajeros, con indicación del domicilio que ocuparían en Montevideo, con objeto de establecer una observación médica por cinco días. Los enfermos de gripe que llegaron a la frontera con el Brasil fueron detenidos en Rivera, aislándolos y asistiéndolos debidamente. Las ropas de los pasajeros eran desinfectadas en la estación de Rivera al hacerse el trasbordo. Para ejecutar estas medidas fué instituído un servicio de Guardas Sanitarios en los ferrocarriles que llegan a la frontera.

Por la *frontera fluvial*, en los Departamentos de Colonia, Soriano, Río Negro, Paysandú, Salto y Artigas, se establecieron análogas medidas con relación a los pasajeros procedentes de Buenos Aires y litoral argentino, en donde existía una extensa epidemia de gripe. Se impidió el viaje a Montevideo o a otro punto del país de los pasajeros que llegaren enfermos, haciendo su asistencia en el puerto de llegada, en completo aislamiento hasta su curación.

Por *vía marítima* se estableció que los buques procedentes de *cabos afuera* deberían recibir en el *antepuerto* una rigurosa visita de sanidad, debiendo quedar bajo vigilancia de Guardas Sanitarios aquellos que tuvieran a su llegada enfermos de gripe o los hubieran tenido durante la travesía; los pasajeros no enfermos podrían desembarcar previa desinfección de las ropas de uso interior usadas, y la desinfección exterior de las valijas, baúles, cajas, etc., que contuvieren ropa limpia; a los enfermos de *gripe común* se les permitió

desembarcar para ser asistidos en la Casa de Aislamiento, o en sus domicilios si la autoridad sanitaria local creía que ellos presentaban suficientes garantías para evitar el contagio; los enfermos de las *formas graves* de gripe debían ser llevados a la Estación Sanitaria de la Isla de Flores para su debida asistencia. De una manera general todos los pasajeros quedaron bajo la vigilancia de la autoridad sanitaria local, para lo cual les fueron tomados sus domicilios y vigilados por el personal de la Dirección de Salubridad.

Como complemento de interés he aquí el número de buques llegados a Montevideo con enfermos de gripe:

Año 1918—Desde el 23 de septiembre al 31 de diciembre, 54 buques con un total de 1,101 enfermos, habiendo tenido 75 fallecidos, en una población total de 8,806 personas entre pasajeros y tripulantes.

Año 1919—Buques infectados 28, con 208 enfermos y 27 defunciones en un total de 12,531 personas, entre tripulantes y pasajeros.

4. Consideraciones relativas a la aparición y desarrollo de la peste bubónica; procedimientos empleados para combatirla; sus resultados.

POR EL DR. E. FERNÁNDEZ ESPIRO

I. Aparición y desarrollo de la peste en Montevideo

El primer caso de peste bubónica se registró en la segunda quincena del año 1901. El enfermo pertenecía al personal de obreros de los depósitos de Aduana y desempeñaba las funciones de capataz en uno de ellos. En algunos de esos locales se había observado la aparición de ratas muertas antes de que se tuviese conocimiento de ese caso. La investigación bacteriológica comprobó oportunamente la existencia de la peste en esos roedores, como asimismo la presencia del bacilo que la origina, en el material que se extrajo de los ganglios y pulmón de dicho sujeto, una vez fallecido. A pesar de las averiguaciones que se practicaron a raíz de lo que había sucedido, no se pudo establecer de una manera concluyente de dónde y cómo fué importada la peste.

Las medidas profilácticas que se adoptaron entonces para evitar la difusión de esa enfermedad fueron de indiscutible eficacia, puesto que no se produjo ningún otro caso dentro de la zona del puerto ni fuera de ella.

Ocho meses más tarde se anotaron tres nuevos casos debidos a la reimportación del germen pestoso, proveniente de Asunción del Paraguay, en donde habían ocurrido algunas defunciones ocasionadas por el precitado mal.

Al comenzar el segundo semestre del año 1902 se inició, por segunda vez, la reaparición de la peste, produciéndose con ese motivo cuatro casos entre los peones de Aduana que tra-

bajaban en los depósitos, en que se encontraron ratas infectadas. Posteriormente y hasta el mes de noviembre del año mencionado, ocurrieron algunas nuevas defunciones en sujetos que se ocupaban en trabajos de barracas, molinos y panaderías.

A mediados de octubre de 1903 se registraron otros dos casos y poco después uno más, quedando limitadas a eso las novedades sanitarias que se produjeron durante el transcurso de ese año.

En 1904, 1905 y 1906, hubo varios enfermos de peste, de los cuales unos curaron y otros fallecieron. La recrudescencia de esa enfermedad tuvo lugar en 1907 y 1908. En esos dos años se denunciaron cuarenta y dos casos, correspondiendo diez y nueve a 1907 y veintitrés a 1908. Después de eso, el número de infectados descendió a cuatro en 1909, no registrándose ningún caso en 1910. En cambio, se anotaron nuevos casos en 1911 y 1912, aunque en menor proporción que en los años 1907 y 1908, puesto que no pasaron de ocho los enfermos declarados a la autoridad sanitaria.

En el año 1913 fueron atacados de peste varios operarios de una destilería ubicada en las afueras de la ciudad. Con ese motivo se formó un pequeño foco de corta duración, que fué extinguido una vez que se procedió a la matanza de ratas y a la desinfección de ese establecimiento.

En los dos años siguientes, es decir, en 1914 y 1915, hubo solamente tres casos; dos de ellos en el primero de esos años y el otro en 1915.

Al comenzar el año 1916 ocurrió un caso de dicha enfermedad en uno de los peones de la destilería mencionada y más tarde otros dos casos en operarios de igual ocupación que el primero de ellos. Después de producida esa novedad sanitaria, consecutiva a la entrada al expresado establecimiento de un cargamento de maíz procedente del exterior, y de haber transcurrido algo más de un mes desde la fecha de la aparición del último enfermo, se volvió a registrar un cuarto caso en una persona que habitaba en una casa inmediata a dicha destilería. En este local habían aparecido ratas muertas y atontadas antes de que se anotase el primer caso de peste. El examen de ellas fué de resultado positivo en cuanto a la investigación del bacilo de Yersin. De modo que quedó

comprobada una vez más la existencia de la infección en esos roedores y su transmisión al hombre por medio de las pulgas que viven habitualmente en el cuerpo de aquéllos.

La emigración de ratas infectadas a una fábrica de tejidos cercana a la destilería podría explicar ciertamente el origen del cuarto caso a que nos hemos referido, puesto que la persona que cayó enferma trabajaba en ese establecimiento y manifestó haber visto algunos de esos animales en dicho local en momentos que se procedía a su captura y matanza dentro de la destilería. Por otra parte, si no fué en la fábrica susodicha en la que adquirió el contagio, es muy probable que lo obtuviese en su misma casa desde el momento que las ratas pudieron salvar sin dificultad alguna la poca distancia que mediaba entre su domicilio y el local infectado.

La reaparición de la peste en ese sitio, mediante una nueva importación del germen de esa enfermedad, indujo a la autoridad sanitaria a imponer ciertas medidas de saneamiento en aquel local, que juzgó indispensables para poder extinguir definitivamente la infección que acababa de hacerse sentir por segunda vez.

Poco tiempo después de haber sido dominado ese nuevo foco de peste, apareció otro caso en una casa alejada de aquel establecimiento, en la cual se encontraron algunas ratas muertas en estado de descomposición al levantar el piso de una de las habitaciones. Por otra parte, el enfermo, que era un niño, se había entretenido días antes de sentirse mal, en jugar con esa clase de roedores una vez que eran capturados por un gato.

Al finalizar el año 1916 se registraron dos casos más de peste entre los peones de los galpones aduaneros, existentes en la parte del puerto que se llama zona de cabotaje, distante del sitio en que están ubicados los depósitos en los cuales se había intervenido en años anteriores por hallarse en ellos ratas infectadas y haberse enfermado algunos de los obreros que se ocupaban en la remoción de las cargas allí almacenadas.

En los locales en que contrajeron la infección los operarios mencionados se encontraron algunas ratas atacadas de peste, provenientes, sin ningún género de duda, de los buques que

descargaban en ese punto partidas de granos y forrajes llegados del exterior.

En el año 1917 se denunciaron dos únicos casos de peste; uno de ellos procedente de La Paz, pueblo del Departamento de Canelones, y sobre cuyo origen nada pudo saberse. El otro se produjo en una persona que tenía un depósito de cereales, al que había entrado una partida de afrechillo de origen sospechoso, puesto que procedía de uno de los galpones de la zona portuaria de cabotaje, habiendo sido desentarcado, además, de un vapor en el que se encontraron ratas muertas.

En el transeurso de los años 1918 y 1919 ocurrieron nueve casos de peste en distintos puntos de la ciudad, en sujetos que trabajaban en depósitos de productos agrícolas, molinos y otros establecimientos similares, que reciben a menudo cargamentos del exterior contenidos en bolsas de arpillera. Tres de esos casos pertenecen al año 1918 y seis al año 1919.

Se infiere de lo que queda dicho que la peste se ha desarrollado lentamente, ocasionando cierto número de casos todos los años, menos en el de 1910. Aunque ellos han ocurrido indistintamente en las cuatro estaciones del año, es de advertir que han sido más frecuentes en verano y otoño.

Dicha enfermedad no se ha manifestado en ninguna ocasión en forma epidémica, ni ha constituido focos de verdadera importancia que hayan resistido a la aplicación de las medidas sanitarias, dando lugar, por consiguiente, a la reproducción de otros casos. El conocimiento oportuno de los enfermos de peste por la autoridad sanitaria, su aislamiento inmediato y la pronta intervención de aquélla en sus domicilios y en los locales en que desempeñaban sus tareas, han contribuido eficazmente a detener la difusión del mal, que probablemente se habría desarrollado en otra forma, originando mayor número de víctimas, si no se le hubiera atacado a tiempo.

El total de casos de peste desde su aparición hasta el año 1919 llega a 114; el número de curados a 64 y el de fallecidos a 50, distribuidos en la forma siguiente, año por año.

CASOS DE PESTE BUBÓNICA—CURADOS Y FALLECIDOS

Año	Casos	Curados	Fallecidos
1901.	4	1	3
1902.	8	2	6
1903.	3	3	—
1904.	7	2	5
1905.	2	2	—
1906.	6	4	2
1907.	19	12	7
1908.	23	15	8
1909.	4	3	1
1911.	4	—	4
1912.	4	3	1
1913.	9	7	2
1914.	2	2	—
1915.	1	1	—
1916.	7	5	2
1917.	2	—	2
1918.	3	1	2
1919.	6	1	5
	114	64	50

Respecto a las distintas formas de peste debemos decir que la más común ha sido la bubónica con localización en las ingles, principalmente. Se ha observado también la forma septicémica, en ciertas ocasiones, y pocas veces la forma cutánea. La neumonía primitiva ha aparecido en dos casos solamente, mientras que la secundaria se ha comprobado en algunos de ellos.

II. Procedimientos empleados para combatir la peste; sus resultados

Las diversas medidas de orden sanitario que se han puesto en práctica para combatir la enfermedad de que nos ocupamos han tenido por objeto, sobre todo, impedir su reproducción en los sitios infectados y oponerse a su diseminación.

Para eso se han aislado los pestosos, sin tardanza, procediéndose en seguida a la colocación de trampas en sus domicilios y en los establecimientos en que hubiesen trabajado, a fin de poder capturar ratas y asegurarse si se hallaban atacadas o no de peste. A estas primeras disposiciones se ha agregado la matanza de esos roedores por medio de gatos, o utilizando para ello distintos procedimientos, como ser: aplicación de gases tóxicos en sus cuevas; empleo de pastas químicas venenosas; virus de varias procedencias y mezcla de harina de trigo y yeso, que tiene la ventaja de ser inofensiva para quienes la preparan y sumamente útil para el fin a que se le destina, puesto que ocasiona la muerte de esos animales una vez ingerida y así que llega a endurecerse por la hidratación del segundo de sus componentes. Además, se ha recurrido al lavado y desinfección de los pisos en general haciendo uso de soluciones apropiadas para la extinción de las pulgas. Al mismo tiempo se ha efectuado sistemáticamente el expurgo de las ropas de los enfermos y la de sus camas, como también el de las bolsas vacías de los establecimientos en los cuales hubo uno o más casos de peste. Todos esos objetos sufrieron la acción del vapor de agua bajo presión a la temperatura de 115° centígrados, una vez colocados dentro de la estufa de desinfección. Finalmente se ha establecido la vigilancia sanitaria de los domicilios de los pestosos por determinado número de días como lo preceptúan las disposiciones vigentes, con el objeto de tener conocimiento de cualquier nuevo caso que se produjese en ellos.

Algo hemos dicho anteriormente sobre la eficacia de las medidas de profilaxis adoptadas en diversas ocasiones con motivo de la aparición de casos de peste: réstanos agregar solamente que cada vez que se han dominado los casos existentes no han tardado en producirse algunos otros a causa de la nueva importación del germen pestoso. Debido a esa circunstancia no se ha conseguido extinguir definitivamente dicha enfermedad, por más que se haya hecho en el sentido de combatirla desde su principio. Con todo, el resultado que se ha obtenido aplicando oportunamente las medidas que hemos mencionado anteriormente, puede decirse que ha sido lastante satisfactorio, porque se ha logrado detener el desarrollo de una enfermedad que acaso se hubiera extendido,

como en otras localidades, dando lugar a la formación de más de un foco y a un número mayor de casos que los que hemos podido observar. El tratamiento de los atarados de peste, puesto en práctica desde la aparición de esta enfermedad y durante sus manifestaciones periódicas, ha consistido en la aplicación del suero antipestoso. Cuando ella se ha efectuado a su debido tiempo, es decir, dentro del primero o segundo día de iniciarse la infección, el resultado ha sido completamente halagüeño y menos seguro si se ha intervenido al tercero o cuarto día.

Con el empleo del suero se han obtenido bastantes curaciones. Mayor sería su número si se hubiesen podido conocer todos los casos al manifestarse los primeros síntomas de esa enfermedad, puesto que se habría procedido a su inyección inmediatamente y no con el retardo con que se ha aplicado en varias ocasiones.

Este sistema curativo es el que se ha empleado también en el tratamiento de los pestosos que se han asistido en los Departamentos de campaña.

III. Casos de peste en campaña

Completaremos estos datos informativos con los que se refieren a los casos de peste ocurridos en dos departamentos de campaña que son los únicos en los cuales se ha observado esa enfermedad. El primer caso se produjo en el mes de octubre de 1913 en Tranqueras, Departamento de Rivera. Dos meses antes de haber aparecido ese caso se había notado la presencia de una cantidad de ratas en varios puntos de esa localidad, como, por ejemplo, en el galpón de la Estación del Ferrocarril Central, en los depósitos de las casas de comercio y también en algunas casas particulares. Poco tiempo después de lo acaecido se vió que esos roedores desaparecían de esos sitios, encontrándoseles muertos en distintos parajes y en bastante cantidad, sobre todo en la mencionada Estación. El enfermo de peste,—fallecido a los pocos días de haber sentido los primeros síntomas de la infección,—trabajaba como operario en una fábrica de galleta y fideos de aquella localidad.

El segundo caso ocurrió en el mes de marzo de 1917 en el pueblo La Paz, del Departamento de Canelones. Nos hemos ocupado de él en el curso de este trabajo, encontrándose registrado entre los fallecidos en Montevideo porque fué traído a esta ciudad y destinado al Hospital Pereira-Rossell, siendo trasladado de allí, una vez comprobada su enfermedad, al Hospital Fermín Ferreira, en el que falleció.

El tercer caso se produjo en la capital de ese Departamento en agosto de 1919. El sujeto atacado de peste desempeñaba las funciones de capataz en un depósito de granos establecido en los suburbios de esa localidad, en el que abundaban las ratas. Según datos suministrados por este enfermo, él había visto algunas de ellas muertas, días antes de caer en cama. Este caso terminó de la misma manera que los anteriores.

Al finalizar la primera quincena del mes de octubre de 1919, comenzó a formarse un foco de peste de relativa importancia en Santa Rosa, Departamento de Canelones. El primer caso fué precedido de la aparición inusitada de ratas muertas y atontadas en unos depósitos de cereales existentes en ese paraje. La persona en quien se inició desde luego esa enfermedad, había recibido de uno de esos depósitos unas bolsas con papas y harina. Por otra parte, dicho sujeto solía ir a ese pueblo periódicamente, habiendo sentido los primeros síntomas de esa enfermedad en momentos de estar allí.

El número de casos registrados llegó a 13 y el de fallecidos a 4. La pronta intervención de la autoridad sanitaria y la aplicación de las medidas adoptadas por ella, dieron el resultado que era de esperarse, puesto que se consiguió dominar dicho foco al mes siguiente de haber principiado a manifestarse la infección pestosa.

Fuera de los dos Departamentos mencionados no ha habido ninguna otra localidad en la República que haya tenido casos de peste, como lo hemos dicho anteriormente. Además, el número de éstos ha sido reducido, dado que el total de ellos en Rivera y Canelones alcanzó a 15 y las defunciones a 6.

5. Frecuencia de la meningitis cerebro-espinal epidémica, de la poliomielititis anterior transmisible, y la encefalitis letárgica.

POR EL DR. E. FERNÁNDEZ ESPIRO

I. Meningitis cerebro-espinal epidémica

Esta enfermedad no figura en el grupo de aquellas que aparecen más frecuentemente entre nosotros, dando lugar a numerosos casos y aun mismo a la reproducción de éstos en determinados puntos. Sin embargo, no dejan de registrarse algunos de ellos, todos los años. En efecto: desde que se incluyó la meningitis cerebro-espinal epidémica entre las enfermedades de declaración obligatoria, el 23 de junio de 1913, se han denunciado una serie de casos a la autoridad sanitaria, tanto en el Departamento de Montevideo como en los de campaña. Unos y otros corresponden al período de tiempo comprendido entre los años 1914 y 1919. Durante ese sexenio las denuncias en el Departamento de Montevideo han llegado a treinta y en los demás Departamentos a cincuenta. En los siguientes cuadros puede verse su número, año por año, como también las cifras referentes a los fallecidos por esa enfermedad:

MENINGITIS CEREBRO-ESPINAL EPIDÉMICA

Departamento de Montevideo

Años	Declaraciones	Fallecidos
1914.	1	3
1915.	8	9
1916.	6	7
1917.	10	6
1918.	3	5
1919.	2	3
	—	—
	30	33

Departamentos de campaña

<u>Años</u>	<u>Declaraciones</u>	<u>Fallecidos</u>
1914.	3	3
1915.	17	17
1916.	14	14
1917.	6	1
1918.	4	3
1919.	4	4
	—	—
	48	42

Debemos manifestar que si en el cuadro correspondiente al Departamento de Montevideo figuran las declaraciones en cantidad inferior a la de los fallecidos, menos en el año 1917, eso se debe a que las denuncias no han sido hechas con la anticipación debida, es decir, en el momento en que se ha diagnosticado la enfermedad. Es por este motivo que la autoridad sanitaria no ha tenido conocimiento de algunos de esos casos durante su asistencia. Si hubiese sucedido lo contrario, las denuncias estarían representadas por una cantidad mayor que la que corresponde a las defunciones.

De acuerdo con lo que hemos expresado anteriormente, diremos por segunda vez que la meningitis cerebro-espinal epidémica no se ha caracterizado hasta ahora por su frecuencia, ni ha llegado tampoco a formar focos de mayor o menor importancia, que pudiesen haber sido el punto de partida de su difusión epidémica.

A pesar de esto, teniendo en cuenta su contagiosidad, por una parte, y por otra la posibilidad de su desarrollo epidémico, el Consejo Nacional de Higiene ha formulado una serie de preceptos para evitar su contagio y propagación. En ellos se indica cuál es el germen productor de esa infección y dónde se le encuentra. En segundo término, se hace referencia a su trasmisión y a la necesidad de mantener los enfermos en aislamiento, no sólo hasta su curación, sino también por un período de tiempo prudencial, mientras no desaparezca de sus secreciones nasales, bucales y faríngeas, el meningococo de Weischselbaum. Además, se recomienda como medida comple-

mentaria la desinfección de las ropas de los pacientes y la de sus camas, como asimismo la de los demás objetos que hayan utilizado y la de la habitación en que hubiesen permanecido durante su asistencia.

Esos preceptos fueron dictados en la época en que se estableció la declaración obligatoria de la meningitis cerebroespinal epidémica, siendo aplicados desde entonces, cada vez que a la autoridad sanitaria se le ha dado conocimiento de algún caso de esa enfermedad.

II. Poliomiелitis anterior trasmisible

La parálisis infantil, llamada también poliomiелitis anterior trasmisible, se ha manifestado en el Departamento de Montevideo en forma esporádica y aun mismo epidémica, en varias ocasiones, haciéndose sentir, sobre todo, al terminar la primavera y mayormente durante los meses de verano. También se han observado casos aislados en algunos departamentos de campaña.

En estos últimos años, es decir, en 1916-1917 y 1919-1920, ha habido dos brotes epidémicos de poliomiелitis, el primero más importante que el segundo. Corresponden a aquél los casos producidos en noviembre y diciembre de 1916, como asimismo los que se registraron en enero, febrero y marzo de 1917. En este último mes terminó la epidemia que se había iniciado en noviembre. Los pocos casos que ocurrieron en ese mes fueron seguidos de un aumento apreciable en diciembre y principalmente en enero, manteniéndose ellos en igual proporción en febrero que en diciembre y disminuyendo en marzo, para no volver a repetirse en los meses subsiguientes sino como casos aislados.

En esa época concurríamos a los domicilios de muchos de los enfermos denunciados, con el objeto de averiguar cómo habían adquirido la poliomiелitis. Pudimos convencernos, muy pronto, que era imposible aclarar ese punto, en razón de que los datos que se nos suministraron en casa de los pacientes no nos permitieron establecer de una manera inequívoca el origen del contagio. De modo que nada, absolutamente nada, pudo saberse acerca de esa investigación, ciertamente importante para el estudio epidemiológico de esa enfermedad.

Por otra parte, nos fué bien fácil comprobar la diseminación de los casos ocurridos, dado que ellos habían aparecido en distintos puntos más o menos alejados entre sí, con la particularidad de no haber habido contacto entre ellos, ni ninguna clase de relación que explicase de qué manera pudo transmitirse esa enfermedad de un punto a otro. De cualquier modo, es necesario reconocer lo que está admitido, es decir, su carácter contagioso, aun cuando no haya sido posible establecer su origen en todos y cada uno de los casos observados. Si su transmisión inmediata resulta sumamente rara, según ha podido comprobarse entre nosotros y en algunas epidemias habidas en Europa y América, parece no serlo la que puede atribuirse a la intervención de los portadores de gérmenes, sindicados como factores importantes en la propagación de enfermedades contagiosas.

El número de casos denunciados, desde que se dictó la ordenanza sobre declaración obligatoria de la poliomielitis, el 16 de enero de 1917, llegó a cuarenta y ocho. Si a ellos se agregan los que se produjeron con anterioridad, es decir, en noviembre y diciembre de 1916, no sería infundado afirmar que esa cifra no representa exactamente la cantidad de casos ocurridos. Tanto es así, que en el Hospital Pereira-Rossell se asistieron cincuenta y seis enfermos de parálisis infantil, desde noviembre de 1916 a marzo de 1917. Además, es muy probable que haya habido otros casos de los cuales no se ha dado cuenta a la autoridad sanitaria. Es de creer, por consiguiente, que el número de ellos debe haber sido mayor que el que realmente se conoce. La mortalidad está representada por una defunción.

En campaña se denunciaron seis casos de poliomielitis en 1917, registrándose en ese mismo año un fallecimiento por esa enfermedad.

POLIOMIELITIS ANTERIOR TRANSMISIBLE

Departamento de Montevideo

<u>Año</u>	<u>Declaraciones</u>	<u>Fallecidos</u>
1917.	48	1

Departamentos de campaña

<u>Año</u>	<u>Declaraciones</u>	<u>Fallecidos</u>
1917.	6	1

El otro brote epidémico se inició, como el anterior, en el mes de noviembre. En esa época se denunció un caso y tres más en diciembre. En cambio, hubo un pequeño aumento de denuncias en enero, puesto que llegaron a nueve. En febrero y marzo el número de ellos fué de seis y cuatro, respectivamente, no pasando de esta cantidad los que se anotaron en abril.

Ese nuevo y pequeño empuje epidémico duró poco más o menos igual tiempo que el anterior. Lo mismo que en éste, los casos denunciados aparecieron en diversos sitios, distantes unos de otros, tanto en la ciudad como en sus alrededores.

En campaña hubo también algunos casos que corresponden a este año (1920). Su número alcanzó a cinco, habiendo habido una defunción.

POLIOMIELITIS TRASMISIBLE

Departamento de Montevideo

<u>Año</u>	<u>Declaraciones</u>	<u>Fallecidos</u>
1919.	4	—
1920.	24	—
	—	—
	28	—

Departamentos de campaña

<u>Año</u>	<u>Declaraciones</u>	<u>Fallecidos</u>
1920.	5	1

Al mismo tiempo que se dictó la ordenanza del 16 de enero de 1917, que hemos mencionado, el Consejo Nacional de Higiene dió a la publicidad los preceptos profilácticos que

deben ponerse en práctica así que aparecen casos de polio-mielitis. En ellos se hace referencia a su transmisión y a la posibilidad de su desarrollo epidémico. Entre las medidas que recomienda esa Corporación figuran las que se relacionan con el aislamiento de los enfermos, la desinfección de sus secreciones, como también la de sus ropas y demás objetos de uso particular.

III. Encefalitis letárgica

No nos atrevemos a decir que no se hayan observado casos de encefalitis letárgica antes de la época de su aparición, casi simultánea en varios puntos de esta Capital; pero sí podemos afirmar que la comprobación de un número apreciable de ellos tuvo lugar por primera vez en el segundo trimestre del año en curso. Acaso pueda haber ocurrido con esta enfermedad lo que ha solido suceder con otras entidades patológicas, en que después de ser bien conocidas se ha pensado si no podrían atribuirse a ellas algunos casos producidos anteriormente, dada la similitud de los síntomas apreciados en una y otra circunstancia. De cualquier modo, vale la pena dejar expuesta la salvedad que acaba de hacerse, porque nada tendría de extraño que hubiese acontecido lo que hemos supuesto desde el primer momento.

El hecho positivo es que al empezar la segunda quincena del mes de junio del presente año, se denunció un caso de encefalitis letárgica que terminó por la muerte. Pocos días después, aumentó el número de declaraciones y el de fallecidos, llegando aquéllas a catorce y estos últimos a cuatro hasta el 30 de ese mes. Ya en julio se acentuó ese aumento, registrándose por tal motivo treinta y cuatro denuncias y doce defunciones. En agosto se notó un marcado descenso en la cantidad de casos comunicados a la autoridad sanitaria y una disminución en el número de fallecidos. Efectivamente: los primeros alcanzaron a nueve y los segundos a ocho. Corresponde a septiembre la mayor declinación de unos y de otros, puesto que hubo cuatro denuncias y dos defunciones solamente.

La desaparición de esa enfermedad, en la forma en que se inició y se manifestó poco después de haberse producido los

primeros casos, tuvo lugar, por consiguiente, en el precitado mes, dado que desde entonces no ha habido sino uno u otro caso aislado y únicamente una denuncia en el mes de octubre, correspondiente a un fallecimiento.

Es de tener en cuenta que los enfermos de encefalitis letárgica estaban diseminados, hallándose sus domicilios, tanto en los puntos céntricos de la ciudad, como en sus alrededores y fuera de los límites de la planta urbana. Algunos de ellos, sin embargo, habían residido en ciertas localidades de campaña, en las que también ocurrieron casos de esa enfermedad. De allí fueron traídos a esta Capital para su asistencia.

Hemos podido observar que no se han repetido los casos de encefalitis letárgica en los domicilios de los atacados de esta enfermedad, no obstante su contacto con otras personas, desde el comienzo de ella y durante el tiempo que permanecieron en asistencia. Esto vendría a demostrar que su contagio inmediato no es frecuente en la generalidad de los casos, siendo rara o poco común, por consiguiente, su reproducción en un mismo sitio, según así lo demuestran también las investigaciones hechas en el extranjero con motivo de la aparición y desarrollo más o menos intenso de dicha enfermedad.

En Francia, por ejemplo, se ha podido observar lo que dejamos dicho, puesto que Netter afirma en sus comunicaciones a la Academia de Medicina de ese país, que ha sido limitado el número de observaciones sobre la reproducción de la encefalitis letárgica en ciertas casas en las que había ocurrido un primer caso. Algo semejante ha sucedido en Inglaterra, desde el momento que la encuesta mandada hacer en 1918 por el Local Government Board, de acuerdo con el Medical Research Committee, con motivo de los casos de dicha enfermedad producidos sobre todo en Londres y Sheffield, dió por resultado la comprobación de tres únicos enfermos en una misma familia, residente en Mansfield.

Se han citado posteriormente localidades de ese país en las que se han registrado hasta dos casos en determinados domicilios. Por último, refiere Flexner, en su trabajo sobre encefalitis letárgica, aparecido hace pocos meses, que en una pensión de Inglaterra hubo un brote epidémico en 1919, ocurriendo doce casos entre veintiuna personas, de las cuales fallecieron cinco. No nos consta que ese hecho excepcional, de ver-

dadero interés epidemiológico, se haya repetido en otra parte.

Por de pronto, dejamos consignados los datos recogidos con motivo de los casos denunciados, a fin de que se conozca lo que ha sucedido entre nosotros desde el punto de vista de la no repetición de esa enfermedad en un mismo domicilio.

Poco tiempo después de aparecer la encefalitis letárgica en Montevideo, fueron declarados algunos casos en ciertos departamentos de campaña, correspondiendo los primeros de ellos a julio y los últimos a agosto. Desde entonces no ha recibido la autoridad sanitaria ninguna otra denuncia. De modo que esa enfermedad desapareció de esos puntos poco tiempo después de haber sido conocida.

El Consejo Nacional de Higiene dispuso incluir la encefalitis letárgica entre las enfermedades infecto-contagiosas de declaración obligatoria, el 1.º de julio de 1920, así que tuvo conocimiento de los primeros casos ocurridos en esta ciudad. Acordó, además, que se aplicaran las mismas medidas que se dictaron para la gripe de forma grave en todos los sitios en que se denunciases enfermos de aquella clase.

Damos a continuación el número de casos de encefalitis letárgica declarados en Montevideo y en campaña, como asimismo el de los fallecidos.

ENCEFALITIS LETÁRGICA

Departamento de Montevideo

<u>Año</u>	<u>Declaraciones</u>	<u>Fallecidos</u>
1920.	64	27

Departamentos de campaña

<u>Año</u>	<u>Declaraciones</u>	<u>Fallecidos</u>
1920.	40	21

6. Estado actual de la lucha contra la tuberculosis, fiebre amarilla, tracoma y anquilostomiasis

POR EL DOCTOR JOAQUÍN DE SALTERAIN

Tuberculosis

La declaración obligatoria de las enfermedades infecto-contagiosas, que existe en vigencia desde las postrimerías del año 1896, y que se ha incorporado a las costumbres sin dificultad alguna, ha preparado el terreno para emprender una campaña metódica contra los desastres de la tuberculosis pulmonar.

En semejante lucha han colaborado activamente dos factores principales, cuyo concurso converge de una manera armónica en beneficio de la prevención social: la Asistencia Pública, por medio de sus establecimientos de cura, difundidos hoy por toda la República, su Casa de Aislamiento, Cuerpo Médico Escolar, Copas de leche, Colonia de Vacaciones, Asilos maternales, etc., etc., así como la Liga contra la Tuberculosis, con sus Dispensarios, bien organizados, funcionando también en la Capital y en los Departamentos: Escuela al aire libre, de niños débiles; Sanatorio diurno; establecimiento de baños gratuitos; vigilancia y mejoramiento de las condiciones higiénicas de las viviendas pobres; alimentación y ayuda a los enfermos menesterosos, y activa propaganda.

Asimismo deben mencionarse una serie de leves previsoras e instituciones benéficas que conspiran en el sentido de amparar al necesitado, propender al desenvolvimiento de las energías físicas y oponerse a los desastres de la intemperancia, figurando entre éstas: la organización severa del trabajo, la protección a la vejez, a la mujer y al niño, la desinfección de los locales y enseres contaminados, las numerosas plazas de deportes; finalmente, las medidas represivas del alcoholismo.

El Estado, generosa e inteligentemente, y el público, con entera docilidad, han acompañado, y acompañan, al movimiento iniciado ahora años, y aunque la marcha de la tuberculosis, según las cifras escuetas, no ha disminuído, es presumible atribuir la aparente contradicción al perfeccionamiento de los métodos del diagnóstico, pues es evidente que las medidas de prevención y de asistencia se han intensificado de manera sensible, con mayor vigor que el desplegado por la casi totalidad de los países de la América Latina.

*
* *

La profilaxis general de la tuberculosis humana y animal, está regulada, excepción hecha de la acción ejercida por la asistencia a los hospitales, asilos, etc., y por las ligas contra la tuberculosis, con los siguientes resortes:

I. Tuberculosis humana

Declaración obligatoria de la tuberculosis pulmonar y laríngea (1896).

Preceptos generales para evitar la propagación de la tuberculosis, por los enfermos que padecen de la forma pulmonar y laríngea (1898).

Protección escolar contra la tuberculosis (1906).

Desinfección de los locales habitados por los tuberculosos (1903).

Prostitutas tuberculosas, curación y aislamiento (1906).

Preparación, venta y aplicación de la tuberculina (1911).

Desinfección obligatoria de los muebles y enseres usados que se venden particular o públicamente (1893).

Profilaxis de la tuberculosis en el Ejército y la Policía (en proyecto) 1906.

Protección a los maestros de escuelas públicas, afectados de tuberculosis de las vías respiratorias, en proyecto (1909).

II. Tuberculosis animal

Vigilancia sanitaria de establos y lecherías.

Servicio de tuberculinización e inspección veterinaria.

Intervención de la Dirección de Ganadería en los casos de tuberculosis animal.

Ley de la policía sanitaria de los animales, que obliga al sacrificio de éstos si están enfermos y acuerda una indemnización a sus propietarios.

Dentro de ese cuadro, la lucha contra la tuberculosis se ha intensificado en los últimos años, como decimos, por el concurso de la *Asistencia Pública*, que depende directamente del Estado y por el de la *Liga Nacional* que posee autonomía en todas sus resoluciones y usufructúa también de la protección, así del Gobierno central como de los municipios y del público.

Esta institución, desde el principio de su organización, cuenta para la propaganda con un órgano que se reparte gratuitamente y preparó la campaña por medio de conferencias populares en los talleres, en las escuelas, en los cuarteles, etc.

Carente, en los comienzos, de recursos pecuniarios, obtuvo, amén de numerosas suscripciones, un terreno que un anónimo cedió generosamente, para asiento de la institución, donde hoy funciona su Dispensario modelo tipo Calmette, con su repartición para baños populares, consultorio de enfermos tuberculosos de primera y segunda categoría, gabinete de laringología, sala de desinfección al vapor, para todos los protegidos, etc.

Años más tarde el mismo generoso anónimo enriqueció el peculio de la Liga con la cantidad de 100,000 pesos oro, que sirvieron para la adquisición de una quinta en los alrededores de Montevideo, donde funcionan varios pabellones de cura y una escuela al aire libre.

Posee, pues, en la actualidad, la Liga en Montevideo, un establecimiento de asistencia permanente, una escuela al aire libre y tres Dispensarios, un Sanatorio en Salto y Paysandú, y en Canelones, San José, Florida, Minas, Soriano, Río Negro, Colonia, Artigas, Tacuarembó, Treinta y Tres y Durazno, un dispensario en cada uno.

Los recursos principales con que cuenta, son: una subvención nacional acordada por la Asistencia Pública, de 2,000 pesos mensuales; las subvenciones parciales de los municipios; un tanto por ciento, bastante elevado, de las entradas a la ruleta del Estado (el último año excepcionalmente

beneficioso rindió este arbitrio más de 100.000 pesos); las suscripciones de socios y las donaciones voluntarias. Con el propósito de aumentarlos, el benemérito *Comité de Damas*, que, sin exageración podemos decir alimenta el fuego sagrado de la Liga, instituyó ahora años la *Semana del tuberculosis*, durante la cual se solicita el óbolo del público en todo el territorio nacional. Semejante práctica, aceptada sin violencia, e incorporada a nuestras costumbres, le reporta a la Liga un producto bastante apreciable. (La última colecta, en el solo Departamento de Montevideo, produjo más de 20.000 pesos oro).

Tuberculosis pulmonar y laríngea en el Uruguay

Años	Fallecidos	Prop. sobre mort. ‰	Prop. sobre pobl. ‰
1910.	1,236	7.48	1.08
1911.	1,435	8.60	1.21
1912.	1,403	8.37	1.14
1913.	1,327	8.63	1.03
1914.	1,335	10.00	1.16
	6,736	8.33	1.09
1915.	1,590	9.57	1.18
1916.	1,970	9.68	1.42
1917.	1,858	10.71	1.32
1918.	2,033	10.16	1.47
1919.	1,978	10.46	1.35
	9,429	10.11	1.34

Anquilostomiasis—Fiebre amarilla

La primera afección nunca ha figurado en nuestras estadísticas de mortalidad, y en cuanto a la segunda ha desaparecido por completo, desde hace mucho más de diez años, una vez que nuestros vecinos del Brasil aplicaron con laudable éxito las medidas de profilaxis.

Nada, pues, tenemos que decir respecto a entrambas enfermedades.

Tracoma

Nuestras propias observaciones, continuadas desde hace más de treinta y dos años, nos permiten afirmar que si bien la oftalmía granulosa existe difundida en todo el país, tiende a disminuir gracias a la extensión de los servicios médicos y el aumento de los profesionales especialistas.

Durante ese espacio de tiempo hemos atendido a algo más de 36,000 enfermos de afecciones oculares, todos ellos asistentes al consultorio, dándonos en los primeros años la proporción media de 15 por ciento de granulosos, en tanto que en los últimos apenas ha llegado a la también mediana de 7 por ciento.

El distinguido oculista doctor Vázquez Barrière, que se ha ocupado minuciosamente de la cuestión, dice al respecto:

“ Desde 1905 hasta 1915 ingresaron en la Clínica Oftalmológica que dirige en el Hospital Marcial el Profesor Iso-la, 16,931 enfermos, de los cuales 1,190 eran tracomatosos, lo que arroja un promedio de 6.4 por cada 100 enfermos de los ojos.”

En el servicio de afecciones oculares que dirigimos en el Hospital de Niños, hemos obtenido los siguientes resultados:

Años	Enfermos	Granulosos	Prop. o/o
1909.	128	6	4.6
1910.	343	8	2.3
1911.	238	9	3.7
1912.	568	14	2.4
1913.	648	13	1.0
1914.	711	21	2.9
1915.	720	4	0.5
1916.	679	10	1.4
1917.	728	2	0.2
1918.	588	16	2.7
1919.	692	12	1.7
	6,043	115	1½ 1.90

En la actualidad, según decimos, la difusión del tracoma tiende a disminuir, ya porque los servicios médicos se han

extendido, en la Capital y en el interior del país, como porque las medidas de profilaxis se han generalizado.

Entre éstas merecen mencionarse la creación del Cuerpo Médico Escolar, la declaración obligatoria de los atacados y la vigilancia de todos los inmigrantes, que se lleva a cabo por los Inspectores de la Sanidad Marítima.

7. Datos referentes a la Lepra y a las medidas puestas en práctica para evitar su difusión

POR EL DOCTOR ALFREDO VIDAL Y FUENTES

Cumpliendo lo dispuesto por el Comité Ejecutivo, presento a ustedes estas breves notas sobre la lepra.

En nuestro país esta enfermedad ha sido estudiada de un modo completo por el ilustrado dermatólogo profesor José Brito Foresti, el cual ha presentado las conclusiones a que ha llegado en tres Congresos Médicos.

Es a los trabajos de tan competente colega que me referiré con mucha frecuencia, en el estudio que someto a vuestra consideración.

No es la lepra, por el momento, enfermedad temible en el Uruguay, pues el número de enfermos que se han atendido en los últimos 30 años sólo alcanza a 306, y hoy hay en asistencia, en toda la República, 171 leprosos. Corresponde aproximadamente a 1 x 8,000 habitantes.

Las mismas modalidades que esta enfermedad presenta en otros países, las presenta también en el Uruguay. Es más frecuente la lepra tuberculosa; se la observa más frecuentemente en el sexo masculino; es rara en la primera infancia, siendo, por el contrario, edades propicias para su desarrollo, las comprendidas entre los 20 y 60 años. En nuestro país se han observado casos en que el contagio parece indudable, y han habido también formas familiares que, como se sabe, Hansen las explica por el contagio.

Respecto a profilaxis de la lepra, poco o nada se ha hecho en nuestro país, debido seguramente a que esta enfermedad no se ha extendido mucho, permaneciendo más o menos estacionaria. No obstante, convendría tomar medidas severas para detener su marcha, que aunque lenta es progresiva.

Por el momento sólo los menesterosos que solicitan asistencia son internados en el Hospital Doctor Fermín Ferreira, donde reciben asistencia en un pabellón de aislamiento que se les ha destinado.

Si, como alguno lo sostiene, en la producción de la lepra no hay herencia ni contagio, sino que los hechos pasarían como en el paludismo, para hacer una profilaxis científica de aquella enfermedad, sería del caso buscar dónde está el terreno leprógeno para sanearlo, y el vector (probablemente algún insecto) que conduce el Hansen hasta el organismo humano, con el objeto de destruir ese elemento que sería capaz de producir la enfermedad.

En ese caso un leproso no sería para los demás hombres peligroso, como no lo es tampoco un palúdico, es decir, el peligro que presentaría sería análogo.

Estadística

En nuestro país la lepra no constituye un grave peligro, pues es enfermedad que no se ha extendido mayormente.

No obstante, hace muchos años que se le viene estudiando: primero, por el doctor Joaquín Canabal, que presentó el resultado de sus interesantes observaciones al Congreso Médico Latino-Americano celebrado en la ciudad de Buenos Aires el mes de abril de 1898.

Por aquel entonces se conocían en el Uruguay 47 casos de lepra, y desde 1890 hasta 1919 (treinta años) el número de denuncias alcanza a la suma de 306 en toda la República. En la primera mitad de este período se denunciaron 156 casos (de 1890 a 1904) y en los otros 15 años las denuncias por lepra sólo alcanzaron a 150. Está estacionaria, puede decirse, esta enfermedad, no presentando ninguna tendencia a difundirse.

En el cuadro número 1 puede observarse la marcha de esta enfermedad durante 30 años. Allí se ve que no tiene influencia en su desarrollo la situación del lugar donde la lepra existe. No hay verdadera influencia en el clima. Si es cierto que ese mal es raro en Maldonado y Rocha, que son nuestros departamentos marítimos, también es verdad que casi ni se

conoce en Artigas y Flores, que están bien distantes de las costas (en 30 años sólo se denunció un caso en cada uno de esos departamentos): Paysandú y Salto, situados sobre el río Uruguay, en este lapso de tiempo (30 años) tuvieron 21 y 18 casos respectivamente. Y bien: Tacuarembó, lejos de ríos caudalosos como el nombrado, y lejos de costas marítimas, tuvo un número de leprosos bastante apreciable, 13 casos. De modo, pues, que la posición topográfica (lo que también se ha podido observar en otros países) no tiene ninguna influencia en la propagación de la lepra.

La influencia de la raza generalmente se la considera nula. Sin embargo, el doctor Canabal sugería la idea de que la gran población canaria sería probablemente la causa del desarrollo inusitado de la lepra en aquel departamento, teniendo en cuenta la frecuencia de esta enfermedad en el país de origen.

La raza etiópica parece que fuera realmente perseguida por la lepra. Cuando menos así lo admiten la mayoría de los autores. El doctor José Penna explicaría la importación de la lepra en la Argentina por los negros que en la época del coloniaje permitió su entrada España, para que se vendieran como esclavos. Posiblemente, entre nosotros, en el Brasil, en Cuba y en los demás países americanos donde existió la esclavitud, la lepra entró por esa causa, contagiándose después a la raza blanca y a la indígena. En todo caso, si esto ha sido así, no fué tan grande la revancha tomada por esa triste raza, en comparación a los sufrimientos que debió pasar, a causa del atraso y barbarie de nuestros antepasados.

Por lo que respecta al sexo, la estadística en nuestro país nos enseña que el número de leprosos varones es tres veces mayor que el de mujeres. Esto vendría en apoyo de los que creen que el contagio en algunos casos puede proceder del suelo, pues es sabido que el hombre, por diferentes causas, está fuera de casa con harta frecuencia, mucho más tiempo que las mujeres. En 30 años hemos tenido 222 varones y 74 mujeres leprosos en el Uruguay. Han habido 10 sin especificar. (Véase cuadro número 2).

En cuanto a la edad es interesante hacer la observación de que, como en los demás países, casi no se observa la lepra en el nuestro, en los primeros años del nacimiento, dato que tiene mucho valor para los que niegan la herencia de esa enfer-

medad. Entre los 20 y los 60 años es que se ha desarrollado con más frecuencia. (Cuadro número 2).

Respecto a la relación que pueda tener en nuestro país la nacionalidad con la lepra, diré que de los 306 casos denunciados, sólo 163, más o menos la mitad, eran uruguayos. Los demás son extranjeros o se ignora su país de origen. El número mayor de leprosos de esa categoría corresponde a Italia; viene después España; en tercer término el Brasil y por último Francia. Las demás nacionalidades han dado cifras insignificantes a la denuncia por lepra, en estos 30 años. (Cuadro número 3).

En el año 1919 el total de leprosos en el Uruguay es de 191: para 1918, 1904 y 1901, el doctor José Brito Foresti admitía que la morbilidad por lepra en el Uruguay alcanza la respectivamente a las cifras de 180, 104 y 78. En 1898 el doctor Canabal expresaba que había 47 leprosos en el país. Es indudable que las cifras correspondientes a 1901 y 1904 deben estar muy abajo de la realidad, pues por esos años la ordenanza número 6 del Consejo Nacional de Higiene, sobre declaración obligatoria de las enfermedades infecto-contagiosas, tenía pocos años de vigencia, y es bien sabido con cuánta facilidad los profesionales olvidan esa obligación, causando con ello no pocos perjuicios a la estadística y a la profilaxis de esa clase de enfermedades.

Teniendo esto en cuenta se puede comprender, sin mayor esfuerzo, que el número de casos de lepra que habría en asistencia, en los dos años citados, unidos a aquellos enfermos que en nuestra dilatada campaña permanecen sin atenciones de médicos, deben constituir cifras mayores.

En el informe presentado por el profesor Brito Foresti sobre frecuencia y formas clínicas de la lepra en el Uruguay, al Primer Congreso de Dermatología y Sifilografía celebrado en Río de Janeiro en octubre de 1918, decía ese ilustrado compatriota: "A un total de 180 leprosos alcanza el número de casos conocidos actualmente en mi país: decíamos conocidos, porque es muy probable que en las zonas de nuestra campaña, alejadas de centros de población, donde el médico pueda diagnosticarla, muchos casos pasarán inadvertidos y escaparán a toda investigación". Estas palabras dichas hace

dos años por el profesor Brito Foresti, justifican ampliamente lo que antes he expresado.

Hay algo que debe preocupar al Uruguay en las cifras anteriormente enunciadas. Es verdad que la morbilidad de la lepra se mantiene casi estacionaria, pero su marcha, aunque lenta, es siempre hacia adelante. Se debe, pues, propender por los medios que aconseja la ciencia a detener ese mal, antes de que constituya un mayor peligro para la República.

La población del Uruguay puede calcularse en 1,500,000 habitantes, de modo que la población leprosa correspondería a uno por 8,000. Por las cifras presentadas a la IIª conferencia internacional de la lepra celebrada en Bergen en agosto de 1909, en Norte América había un leproso por 273,000 habitantes. En Colombia 1 por 1,000. En Guayana Holandesa 1 por 35,000. En Cuba 1 por 1,133. En el Brasil 1 por 5,333.

En la Argentina no podríamos precisar la cantidad exacta de leprosos, pero por las palabras pronunciadas por el doctor Angel M. Jiménez, Vicepresidente 1.º del Concejo Deliberante de Buenos Aires, la proporción de esa clase de enfermos puede considerarse de alguna importancia. Decía, en efecto, ese señor, en 24 de enero de 1919, lo siguiente:

“Hay en Buenos Aires, según mis cálculos, aproximadamente 600 leprosos que ambulan por la ciudad, los unos ocultando sus miserias, los otros trabajando en las fábricas y talleres, y otros en las enseñanzas difundiendo su contagio, que si bien es cierto la ciencia demuestra que es lento, el hecho real es que es terrible observar que se propaga en la República”.—(“La Semana Médica”, enero 30 de 1919).

Como se ve, el Uruguay todavía ocupa un lugar ventajoso al lado de algunos otros países americanos, respecto al desarrollo de la lepra, pero esto no justificaría que se descuidara la profilaxis de esa enfermedad.

El cuadro número 4 contiene la distribución geográfica de esta enfermedad en el Uruguay. Están indicados los casos por departamentos con el nombre de los lugares donde se produjeron. Canelones, entre los de campaña, es el Departamento que ocupa el primer lugar, lo mismo que ha pasado en épocas anteriores.

La morbilidad adquirió mayor desarrollo, después de Canelones, en Paysandú, Salto, Soriano y Tacuarembó.

Estos cuadros con que acompaño mi exposición, han sido confeccionados con los datos prolijamente recogidos y ordenados por la Inspección de Sanidad Terrestre del Consejo Nacional de Higiene. A su digno Director, doctor Julio Etchepare, expreso todo mi agradecimiento por su importante concurso.

Hay, al final, algunos datos que da la estadística de los leprosos asistidos en los hospitales de Montevideo. Con excepción de lo que se refiere al Hospital Doctor Fermín Ferreira, debe entenderse que los demás han sido enfermos de poli-clínica, pues sólo en ese nosocomio se admiten para su asistencia permanente enfermos de esa índole. Desde el año 1890 al 1919 en ese hospital se asistieron 84 leprosos, de los cuales 44 eran extranjeros y 40 uruguayos. En ese establecimiento, lo mismo que en todos los enfermos observados en este país, ha predominado con mucho la forma tuberculosa, siendo raros los casos de lepra anestésica.

Con esto coincidimos con lo que sucede en todos los países donde la lepra es conocida.

¿La lepra es contagiosa, es hereditaria, o se propaga por algún otro medio aún no conocido?

La teoría del contagio es admitida por la inmensa mayoría de los leprólogos, con Hansen, Neisser, Besnier, etc., a la cabeza.

Se citan casos que parecen evidentes, aunque no muchos, en que el contagio se habría producido. Médicos, sin ningún antecedente leprógeno, que contraen esa enfermedad asistiendo en un leprocomio; religiosos de ambos sexos que se han enfermado de lepra en las mismas condiciones; una mujer leprosa que se casa con un viudo que tenía hijos, le contagia la lepra no sólo al marido sino también a los hijastros, no obstante que en la familia de éstos nunca había habido esta enfermedad. Por el estilo los contagionistas citan series de casos en favor de su tesis. En la Conferencia de Berlín (1897) la idea del contagio fué aceptada por todos; en contra de ésta todavía está la de la herencia, sostenida sobre todo por Zambaco Pachá, quien cita en apoyo de sus ideas lo siguiente:

“En la leprosería de Scatari yo he visto niños nacidos de padre y madre leprosos o de un solo genitor elefantiásico, venir al mundo pequeños, débiles, violáceos, volverse más tarde negruzcos y sucumbir algunos días o algunas semanas después del nacimiento. Los he considerado como muy probablemente atacados de lepra.”

Estas ideas de los partidarios de la heredo-lepra no son compartidas por la mayoría de los leprólogos, como antes se ha dicho, los cuales aceptan que con la lepra pasa como con la tuberculosis, los alcoholistas, los saturninos, los individuos debilitados por cualquier enfermedad crónica: es decir, que los hijos que puedan procrear nacen en condiciones de empobrecimiento orgánico que los coloca en situación propicia para ser atacados por cualquier contagio, siempre que se hallen en un medio contaminado. De modo, pues, que si Zambaco llama a la lepra *enfermedad de familia*, suponiendo que la herencia patológica es la que influye en su desarrollo dentro de algunos hogares, Hansen dice: “Yo pienso que la lepra es una *enfermedad de familia*, no porque ella es hereditaria, sino porque es contagiosa y es en familia como se efectúa mejor el contagio”.

Uno de los partidarios de la teoría del contagio, que había escrito con mucho entusiasmo a su favor en su obra en “La Leprose”, el profesor Sauton, niega en publicaciones hechas en marzo y abril de 1914 la autenticidad de los casos de contagio que él mismo había aportado a la causa contagionista. Tomamos del trabajo presentado por el doctor Juan B. Giménez al II Congreso Médico Venezolano reunido en la ciudad de Maracaibo en enero de 1917, las siguientes palabras: “Pretende Sauton que en los casos mencionados como de contagio leproso, por haber asistido enfermos de este mal en países leprosos, es a esta última circunstancia a la que se debe acriminar, y, sin negar el contagio directo que él cree posible, escribe que el leproso sería tan inofensivo como el palúdico y que sólo las *localidades* leprosas serían peligrosas”.

Estas ideas, que quién sabe qué fin tendrán cuando la ciencia conozca mejor la etiología de la lepra y la forma como se produce la entrada, con éxito, del bacilo de Hansen en el organismo humano, no las comparte el doctor Giménez, entusiasta contagionista. Son ideas, sin embargo, dignas de tener-

se en cuenta, aunque están en contra de todo lo aceptado por los leprólogos y que vendrían a colocar la lepra entre las enfermedades cuyo microbio necesita vectores que los hicieran verdaderamente capaz de ejercer su acción patógena, como pasa en el paludismo, etc.

Si el terreno, como dice Sauton, es el que tiene el microbio de Hansen, hay que buscar quién es que lo lleva al organismo humano, ya preparado para determinar el mal. Si esta teoría se comprobara, entonces sería fácil impedir el desarrollo de la lepra. Todo se reduciría a seguir el mismo procedimiento que el adoptado para extinguir la fiebre amarilla y el paludismo. Si se llegara a comprobar tales teorías, la profilaxis de la lepra sufriría una verdadera revolución y todo se haría de un modo científico y humano.

Por eso es que Jeanselme ha llegado a escribir estas palabras sabias, que jamás deberán olvidar los higienistas de todos los países: “Todas las medidas vejatorias que se toman actualmente quedarían sin objeto: toda esta legislación restrictiva de la libertad individual caería en desuso el día en que los modos de la propagación de la lepra fuesen conocidos en todos sus detalles.

“Corresponde, pues, a los higienistas hacer aceptar la noción de que los laboratorios de estudio anexos a las leproserías deben estar dotados de todos los medios más apropiados y eficaces para la lucha antileprosa.

“El conocimiento preciso de los factores etiológicos de la lepra tendrá por efecto sustituir en el porvenir la profilaxis ciega del presente por una profilaxis racional, que no imponga a los enfermos más que el *mínimum* de trabas al ejercicio de sus derechos y a la sociedad nada más que las cargas estrictamente necesarias para garantizar su seguridad sanitaria”.

Dejando de lado las teorías, para aplicar la que hemos indicado como más aceptada, pasaremos a enumerar las puertas de entrada del bacilo de la lepra. Hay algunos que han llegado a suponer que el bacilo, al penetrar en el organismo, determinaría como un chanero leproso; pero, en general, se admite que no debe ser en esa forma que se produce la infección.

Por la vía nasal es frecuente el principio de las lesiones

leprosas, mientras que las lesiones pulmonares o del aparato digestivo de ese mismo carácter, generalmente se producen en los estados avanzados de la enfermedad. Por el tegumento externo es muy fácil la penetración del bacilo. Se ha observado por Arning, en las regiones tropicales donde los indígenas andan descalzos, las primeras manifestaciones de la lepra en las piernas. A veces se ha observado que una pequeña herida, hecha por instrumentos infectados o que ha estado en contacto con productos leprosos, ha sido la puerta de entrada para el contagio. Se ha dicho también, que por la vacunación antivariólica podría contagiarse la lepra. Es posible, pero sólo en algún caso en que se haya hecho la vacunación de brazo a brazo, por lo cual debe ésta siempre proscribirse.

Por el aparato sexual se han observado también casos de contagio. No sería nada difícil, pues, que ahora entren otras observaciones: se puede citar la de Jeanselme, que comprobó la existencia del Hansen en una uretritis, habiendo observado una cantidad enorme de bacilos en una gota de pus que obtuvo por expresión del meato. Este explicaría los casos que constituyen la categoría nosológica llamada lepra conyugal.

Profilaxis

Hay que tener en cuenta diversas circunstancias para establecer algunas reglas tendientes a evitar el contagio de la lepra.

En primer lugar parece estar demostrado que no se justificarían las medidas muy severas en países donde la tendencia a la difusión del mal no es muy marcada. Es lo que pasaría en el Uruguay, donde por la observación de 30 años vemos que la lepra se mantiene más o menos estacionaria y hasta con tendencia a disminuir su morbilidad. La primera proposición de Besnier, que, conjuntamente con las demás presentadas como enmiendas a las de Armando Hansen, fueron aprobadas por la Conferencia de la Lepra reunida en Berlín (1897), establece que el aislamiento corresponde en los países donde esa enfermedad constituye focos o toma una gran extensión.

No obstante el voto sancionado por los especialistas allí reunidos, parece más práctica la primitivamente enunciada

por Hansen, que aconseja el aislamiento para prevenir la propagación de la lepra, sin tener en cuenta la mayor o menor extensión que haya adquirido la enfermedad.

En su segunda proposición aconseja Besnier que se establezca la declaración obligatoria de la lepra y el aislamiento de los leprosos en la forma que se hace en Noruega, y en la tercera establece que las autoridades administrativas, asesoradas por la sanitaria, deben dictar las medidas pertinentes, de acuerdo con las condiciones sociales de cada pueblo.

En el Uruguay la denuncia obligatoria de la lepra está establecida desde el año 1896. Respecto a otra clase de medidas no podemos mentarlas, pues aunque en el año 1906 presenté un proyecto para estudiar esa enfermedad en la República e indicar las medidas para evitar su propagación, la Comisión que se nombró para informar sobre él aun no lo ha hecho, seguramente porque, de acuerdo con las ideas de Besnier, todavía no cree que sea llegado el momento de establecer una profilaxis severa para esa enfermedad. Por mi parte declaro que las medidas tendientes a contrariar la morbilidad de la lepra sería útil practicarlas aún mismo cuando la enfermedad, por su difusión, no revista mayor gravedad.

En el V Congreso internacional de dermatología, en el año 1904, se adoptaron las proposiciones propuestas por Neisser, manteniéndose las conclusiones de la conferencia de Berlín, con algunas ampliaciones importantes, como el aislamiento obligatorio de los leprosos, la prohibición de los matrimonios de esa clase de enfermos, la separación de los hijos sanos que nazcan de ellos y el establecimiento de un controlador sobre la inmigración leprosa.

En nuestro país esta última disposición está en vigor desde el año 1915, siendo considerados pasajeros de rechazo los sujetos que padezcan de esa enfermedad.

En la II Conferencia internacional científica contra la lepra, año 1909, se confirmaron como en el V Congreso de dermatología todas las proposiciones votadas en el 1.º que se celebró en Berlín, pero conviene notar algunas conclusiones que allí se sancionaron. Los éxitos obtenidos en Alemania, Noruega, Islandia y Suecia demuestran el valor que tiene el aislamiento para evitar la propagación de la lepra. Se debe evitar a los leprosos que se dediquen a profesiones capaces

de facilitar el contagio. Las personas que hayan vivido en casas de leprosos deben ser vigiladas por la autoridad sanitaria. Convendría un estudio completo sobre las teorías actuales acerca del contagio de la lepra, sobre la naturaleza y modalidades del bacilo de Hansen, sobre su posible trasmisión por los mosquitos o los acarus; sobre el valor que puedan tener para este fin los estudios de las enfermedades leproides como las ratas, algunas clases de monos, etc.

De acuerdo con estos conocimientos, que son los que han inspirado los votos hechos en las Conferencias y Congresos realizados sobre esta importante cuestión, votos que han sido aprobados por los primeros especialistas en esta materia, me permitiré formular las siguientes conclusiones que propongo a vuestra deliberación:

1.º Los leprosos deben ser asistidos en aislamiento, para evitar el contagio que son capaces de desarrollar. Este aislamiento se impone de modo absoluto cuando se trata de enfermos menesterosos, que no tienen recursos para atenderse en sus domicilios y con más razón si se trata de pordioseros o vagabundos.

2.º Las leproserías no deben tener aspecto de cárcel. Todo el *confort* posible hay que dárselo para hacer agradable su estancia a los asilados. Deben ser abundantes de agua y tener terrenos de cultivo, para uso de los enfermos. Si es posible, los enfermeros deben ser leprosos a quienes la enfermedad les permite todavía trabajar, y sus servicios deben ser remunerados. Los enfermos que presenten úlceras y los signos de una lepra avanzada, deben separarse de los demás para que no les representen, como lo ha dicho un autor, el triste futuro a que están destinados.

3.º El Uruguay, lo mismo que los demás países americanos donde exista lepra, debe preocuparse a la mayor brevedad con el auxilio de los Poderes públicos y por intermedio de las autoridades sanitarias, en estudiar el desarrollo de la lepra en las diferentes regiones de América y sus diferentes modalidades. Asimismo debe hacerse una estadística completa. Con estos datos las autoridades competentes podrán aconsejar las medidas de profilaxis que las autoridades administrativas dictarán poniéndolas en vigencia.

Los matrimonios entre leprosos deben aconsejarse que no

se realicen. Los matrimonios entre un leproso y una persona que no lo es debe desautorizarse su realización, por el peligro de contagio para el cónyuge sano. Los hijos de los matrimonios donde exista la lepra y que tengan apariencia de sanos, deben criarse con nodriza sana o con alimentación artificial. Esta práctica está más indicada si la madre tiene lepra ulcerada, y, con más razón, sobre todo si las ulceraciones son en las mamas.

5.º No se debe permitir el desembarco de leprosos. Sólo habría una excepción: cuando el enfermo fuera ciudadano del país de arribo. No creo deban aceptarse leprosos, como otros lo han admitido cuando en el país esta enfermedad ya existe algo generalizada.

6.º No se debe permitir el trabajo de los leprosos en común, con personas que no lo son. Tampoco se debe aceptar esa clase de enfermos en los puestos administrativos.

CUADRO N.º 3

Casos declarados de lepra en el Uruguay clasificados por
nacionalidad

(Años 1890-1919)

Alemanes	1
Árabes	4
Argentinos.	6
Austriacos	1
Belgas	1
Brasileños	10
Espanoles	42
Franceses	9
Italianos.	49
Paraguayos.	2
Portugueses	2
Rusos	1
Sirios	1
Suizos	1
Uruguayos.	163
Se ignora.	13
Total.	306

CUADRO N.º 4

URUGUAY

Clasificación de los casos de Lepra denunciados en los departamentos del litoral e interior según localidad y nacionalidad de los mismos.

Años 1890 - 1919

DEPARTAMENTOS	CIUDAD O PUEBLOS	Uruguayos	Extranjeros	Sin especificar	TOTAL	TOTAL POR DEPARTAMENTO
Artigas	Sin especificar	1	—	—	1	1
Canelones	Solís Chico	1	—	—	1	
"	Solís Grande	—	1	—	1	
"	Sauce	6	2	—	8	
"	Las Brujas	1	—	—	1	
"	Pando	4	3	—	7	
"	San Juan Bautista	1	2	—	3	
"	Miguez	—	2	—	2	
"	Toledo	—	1	—	1	
"	Tala	—	1	1	2	
"	Colorado	—	1	—	1	
"	San Antonio	1	—	—	1	
"	La Paz	1	—	—	1	
"	Santa Rosa	—	1	—	1	
"	Canelón Grande	1	—	—	1	
"	Santa Lucía	—	1	—	1	
"	Sin especificar	9	9	—	18	
Cerro Largo	Piedra Alta	1	—	—	1	50
"	Melo	2	—	—	2	
"	Sin especificar	1	—	—	1	
Colonia	Rosario	1	—	—	1	4
"	Ciudad	1	—	—	1	
"	Sin especificar	1	—	—	1	
"	La Paz	—	1	—	1	4
Durazno	Sarandí del Yi	—	1	—	1	
"	Sin especificar	4	2	—	6	
Flores	Sin especificar	—	1	—	1	7
Florida	Molles	1	—	—	1	
"	Ciudad	—	1	—	1	
"	Sin especificar	4	1	—	5	7

DEPARTAMENTOS	CIUDAD O PUEBLOS	Uruguayos	Extranjeros	Sin especificar	TOTAL	TOTAL POR DEPARTAMENTO
Maldonado	San Carlos	1	—	—	1	
"	Sin especificar	1	—	—	1	2
Minas	Mataojo	—	1	—	1	
"	Nico Pérez	—	1	—	1	
"	Ciudad	2	—	—	2	
"	Gutiérrez	1	—	—	1	
"	Sin especificar	6	—	—	6	11
Paysandú	Ciudad	4	4	—	8	
"	Curtiembres	1	—	—	1	
"	Puntas de Corrales	1	—	—	1	
"	Costas de Sacra	1	—	—	1	
"	Paso de las Piedras en					
"	Sacra	1	—	—	1	
"	Sin especificar	6	3	—	9	21
Río Negro	Fray Bentos	3	3	—	6	
"	Sánchez (4. ^a Sección)	1	—	—	1	
"	Sin especificar	1	—	2	3	10
Rivera	Sin especificar	2	1	—	3	3
Rocha	Sin especificar	1	—	—	1	1
Salto	Daymán	—	1	—	1	
"	Cañas	—	1	—	1	
"	Ciudad	4	—	—	4	
"	Catalán	1	—	—	1	
"	Sin especificar	6	4	1	11	18
San José	Carreta Quemada	1	—	—	1	
"	Jesús María	—	1	—	1	
"	Ciudad	—	1	—	1	
"	Sin especificar	—	—	1	1	4
Soriano	Mercedes	4	1	1	6	
"	Duraznito	2	—	1	3	
"	Dolores	1	—	—	1	
"	San Salvador	2	—	—	2	
"	Sin especificar	5	2	—	7	19
Tacuarembó	San Fructuoso	2	—	—	2	
"	Piedra Alta	—	—	1	1	
"	Arroyo Malo	1	—	—	1	
"	La Paz	—	—	1	1	
"	Santa Isabel	—	—	1	1	
"	Sin especificar	4	3	—	7	13
Treinta y Tres	Cerro Chato	1	—	—	1	
"	Molles	1	—	—	1	
"	Sin especificar	1	1	—	2	4
Totales		111	59	10	180	180

CUADRO N.º 5

MONTEVIDEO

Años 1890 - 1919

Denuncias de los casos de lepra asistidos en los siguientes
establecimientos hospitalarios de la capital

Hospital Fermín Ferreira.	85
” Maciel	21
” Vilardebó	1
” Italiano.	3
Asilo Luis Piñeyro del Campo	1
Suma.	111

CUADRO N.º 6

HOSPITAL «FERMIN FERREYRA»

Denuncias de los enfermos de lepra asistidos, según procedencia y nacionalidad

Años 1890-1919

MONTEVIDEO			CAMPAÑA		
Uruguayos	EXTRANJEROS		DEPARTAMENTOS	Uruguay	Extranjeros
	Alemanes	1	Artigas	1	—
	Arabes	2	Canelones	7	7
	Argentinos	2	Colonia	1	1
	Belgas	1	Durazno	1	2
	Brasileños	2	Florida	2	—
	Espanoles	6	Maldonado	1	—
	Italianos	8	Minas	3	1
	Portugueses	1	Paysandú	2	2
	Rusos	1	Río Negro	1	—
	Sirios	1	Rivera	2	1
	Suizos	1	Salto (1)	1	—
			San José	—	1
			Soriano	4	1
			Tacuarembó	2	1
			Treinta y Tres	2	1
Total	10	26		30	18

(1) Salto: 1 se ignora la nacionalidad.

CUADRO N.º 7

HOSPITAL «MACIEL»

Denuncias de los casos de Lepra asistidos, según procedencia
y nacionalidad

Años 1890 - 1919

MONTEVIDEO				CAMPAÑA		
	Uruguayos	EXTRANJEROS		DEPARTAMENTOS	Uruguayos	Extranjeros
		Brasileños	3	Canelones	3	4
		Espanoles	2	Durazno	1	—
		Italianos	2	Florida	1	1
				Minas	1	—
Total	3		7		6	5

Hospital "Vilardebó"		1	Italiano (Montevideo)
Asilo "L. Piñeiro del Campo"		1	Italiano (Montevideo)
Hospital "Italiano"		1	Oriental (Florida)
" "	"	1	Italiano (Florida)
" "	"	1	Oriental (Rocha)



8. Estado actual de la lucha contra la avariosis

POR EL DOCTOR ALFREDO VIDAL Y FUENTES

La prostitución está reglamentada en el Uruguay desde 1905. Se hacen dos visitas semanales a las ramerías, en el Dispensario o en sus domicilios, según ellas lo prefieran.

Se permite la diseminación de los prostíbulos, pero por disposiciones policiales posteriores se han aglomerado muchos de ellos en calles determinadas, con detrimento de la moral.

Hay un Sifilicomio llamado "Pabellón Germán Segura", donde son reclusas las prostitutas enfermas de males venéreos o sifilíticos, para su asistencia.

Todos estos servicios se hacen de un modo completo, bajo la superintendencia del Consejo Nacional de Higiene.

Con fecha 23 de marzo de 1917 se creó el Instituto Profiláctico de la Sífilis, que funciona siempre de acuerdo con las disposiciones del Consejo Nacional de Higiene y de la Asistencia Pública Nacional.

Funcionan en Montevideo seis Dispensarios, donde se trata gratis a los sifilíticos. Hay el propósito de establecerlos también, y con los mismos fines, en todos los pueblos y ciudades de la República.

Lucha contra la avariosis

Desde el año 1905 se efectúa la lucha contra la avariosis en nuestro país de una manera científica y ordenada. Antes de esa época todo se reducía a un deficiente examen de las prostitutas, hecho por los Médicos de Policía y que nunca condujo a resultados benéficos ni para ellas ni menos para

los que las frecuentaban: puede decirse que ese servicio resultaba casi del todo inútil.

Por estas razones el Consejo Nacional de Higiene ya se había preocupado desde el año 1896 de que la inspección sanitaria de la prostitución se hiciera en forma más práctica y eficaz, habiendo ideado entonces el reglamento que con leves modificaciones se puso en vigencia en 1906.

Tanto las autoridades sanitarias como las administrativas han sido siempre francamente reglamentaristas, y aunque no les haya sido posible llevar a la práctica de un modo completo esas ideas por dificultades insalvables que siempre se presentaban en estos casos, no hay motivo hasta el presente para estar arrepentidos de haber implantado ese régimen.

La planta urbana de la ciudad fué dividida en radios, encargándose a un médico de hacer la inspección dos veces por semana, de las prostitutas que en él habitaban. Las localidades situadas más afuera, como la Unión y el Cerro, también tenían un médico con idéntico cometido. Además, se establecía el Dispensario de la Prostitución, donde las mujeres que lo encontraban más cómodo se hacían revisar en vez de recibir la visita de inspección en su domicilio. Algunas mujeres podrían faltar a la visita dando aviso de que están afectadas por una enfermedad común. Esas mujeres son examinadas en el día para comprobar si no ha habido engaño. Las mujeres que faltan a la visita médica, sin causa justificada, pagan una multa de un peso. Practicada la visita, si el Médico Inspector de la Prostitución encuentra en la meretriz un flux sospechoso de mal venéreo, la envía en seguida al Dispensario, donde hay un Laboratorio, en el que el flux es examinado de inmediato. Si el resultado del examen es positivo, la enferma es recluida en el Sifilicomio "Doctor Germán Segura" para su asistencia: en caso contrario, vuelve al prostíbulo. Cuando la inspección del médico le parece comprobar una enfermedad venérea o sifilítica, ordena la reclusión inmediata de la presunta enferma en el "Germán Segura".

"Germán Segura" es un Sifilicomio modelo, donde las mujeres son atendidas con toda solicitud y cariño. Las mujeres que allí se asisten, en general, reciben su tratamiento sin la menor protesta, permaneciendo contentas en el estableci-

miento con la esperanza firme de que se curarán. El laboratorio que allí funciona está a la altura del mejor que pueda existir en establecimientos de análoga índole. El servicio médico del cual es Director el competente especialista doctor Juan A. Rodríguez, está expresamente preparado para las tareas de su cargo. Los practicantes, las hermanas de caridad y las enfermeras, cooperan inteligentemente en la obra científica y social de los médicos. Las mujeres que allí se asisten pasan siempre entretenidas ayudando al arreglo de las Salas donde duermen o comen. Cosen, para lo cual tienen varias máquinas; planchan, no sólo las ropas de ellas sino también las del Hospital Maciel. Se les permite a ciertas horas dedicarse a la música. Tienen novelas morales, libros de historia, revistas ilustradas y diarios, que se les permite leer. En las fiestas de enero, Carnaval y Nochebuena, se les manda, por el Consejo Nacional de Higiene, bizcochos, postres, refrescos, etc., para que celebren también esos días. Las mujeres que se hayan mostrado más trabajadoras reciben, al ser dadas de alta, un pequeño regalo en dinero y pueden llevar para su casa algunos labores que han hecho con materiales que gratuitamente les ha proporcionado el Consejo Nacional de Higiene.

El Sifilicomio, actualmente, ya no es el "Cuco" de las prostitutas. Van a él confiadas porque saben que se les curará del terrible mal que han contraído y que serán tratadas con la mayor corrección. Se ha visto el caso de algunas mujeres, mismo procedentes de campaña, que se han presentado en "Germán Segura" al tiempo de habersele dado de alta y en una forma completamente voluntaria, solicitando un Wassermann, para enterarse cómo marcha su enfermedad.

Y bien, señores: esta obra hermosa que se relaciona con la acción del Sifilicomio, sobre las meretrices, es la obra científica y social realizada por nuestro ilustrado compatriota el doctor Juan Antonio Rodríguez, a quien dedico un entusiasta voto de aplauso.

Antes hemos dicho que en las ciudades y pueblos de campaña el servicio sanitario de la prostitución lo hacen los Médicos del Servicio Público, los cuales envían, en los casos sospechosos, laminillas con muestras de flux para ser examinado. Si el examen resultara positivo se comunica telegráfi-

camente el hecho para que la mujer sea remitida a Montevideo para atenderse en "Germán Segura". En estos telegramas no se usa el nombre de la mujer enferma, sino números ya convenidos, pues de otro modo podría la prostituta fugar, si por cualquier eventualidad se enterara de su estado de salud.

Cuando los médicos de este servicio, en campaña, creen que han reconocido una enfermedad en período de contagiosidad, de inmediato resuelven el envío de la prostituta al Sifilicomio. Las policías locales son las encargadas de custodiar esas mujeres hasta "Germán Segura".

El Consejo Nacional de Higiene, anteriormente hizo gestiones para que las prostitutas enfermas se asistieran en campaña en los hospitales locales, pero teniendo en cuenta la protesta de las demás enfermas que en ellos se asisten, la Asistencia Pública Nacional no accedió a ese pedido. Por esa causa esas mujeres son conducidas al Sifilicomio, con ventaja para la salud pública, pues allí son mejor asistidas.

Hasta ahora nos hemos venido ocupando de lo que hacen los Médicos Inspectores de la Prostitución cuando se encuentran con una mujer sospechosa o realmente enferma de mal venéreo o sifilítico: en el caso de que la mujer se presente con la apariencia de estar sana, el médico se limita a poner en la libreta de identidad, la fecha de la visita, la palabra Bien, y luego después su firma.

Ventajas obtenidas

Desde los primeros tiempos en que el Consejo Nacional de Higiene se hizo cargo del Servicio Sanitario de la Prostitución, se notaron beneficios reales que iremos enumerando de una manera somera.

Las mujeres inscriptas adquirieron hábitos de higiene y de limpieza. Las formas repugnantes de las enfermedades de esta clase, como úlceras fagedémicas, vegetaciones enormes (coliflores), que tenían muchas de las mujeres que se presentaban a la visita, a los pocos meses de iniciada la acción de nuestros médicos ya no se observaron más, ni siquiera constituyendo excepción. Es que la tarea del facultativo no es puramente la de buscar la enfermedad. El le inculca a la

prostituta principios de aseo y de higiene personal. De este modo se ha conseguido que el irrigador, que antes eran pocas las rameras que conocían su uso, hoy es un aparato que no falta ni en el prostíbulo más pobre.

Las mujeres enfermas no pueden asistirse en sus domicilios, ni con médicos particulares ni con los del Consejo de Higiene. Todas son reclusas en el Sifilicomio, de donde no salen de alta sino cuando el microscopio o las reacciones respectivas indican que ha desaparecido todo peligro de contagio.

Si se hubiera cumplido rigurosamente lo que establece el Reglamento Sanitario de la Prostitución, los beneficios de este Servicio serían mayores. En él se establece que la policía debe denunciar para inscribirlas, todas las mujeres que ejercen la prostitución clandestina. Y bien: el número de mujeres reglamentadas que hay en Montevideo es de 571, y el de clandestinas pasa del triple. Estas son las que siembran la sífilis entre nuestros jóvenes.

Se establece también en el Reglamento que no debe haber más de dos prostíbulos por cuadra y tan sólo dos mujeres, acompañadas de una sirvienta, en cada uno. Y bien: la autoridad policial manifestó que no tenía personal para establecer la debida vigilancia con esa libertad de radio; de modo, pues, que se establecieron varias calles donde es tolerada la concentración de los lupanares, y además se permitió que en cada uno de ellos pudieran estar cuatro mujeres. Hay algo peor todavía. Como la vigilancia policial no puede ser tan constante, resulta que a esas casas concurren mujeres clandestinas, que son las que propagan el mal venéreo, como se ha comprobado en muchos casos en que se han hecho prolijas investigaciones, fundadas en las denuncias y datos que han suministrado personas que han resultado perjudicadas.

Por los datos que me han dado algunos especialistas, en general los casos de contagio no proceden de las mujeres inscriptas. Eso se ha podido observar en algunos batallones donde las mujeres, llamadas *de soldados*, son sometidas a la inspección médica.

Instituto Profiláctico de la Sífilis

Con fecha 23 de marzo de 1917, el Poder Ejecutivo aprobó un proyecto, ideado por el doctor Juan A. Rodríguez, y que

el Consejo Nacional de Higiene hizo suyo, después de algunas modificaciones que en él se introdujeron, por una Comisión Especial que estaba formada por el Director de la Asistencia Pública Nacional y el Presidente del Consejo Nacional de Higiene.

Ese Instituto está regido por una Comisión Honoraria que es la que dirige y controla su marcha y funcionamiento. Todo habitante del país, sea menesteroso o pudiente, tiene derecho a presentarse, sin recomendación ni certificación alguna, en los Dispensarios que posee el Instituto (por ahora son seis, en Montevideo), solicitando que se le diga si es sífilítico. En caso de que resultara reacción positiva, se establece gratuitamente el tratamiento, concurriendo la Asistencia Pública y el Consejo Nacional de Higiene con todo lo necesario (medicamento, personal técnico, etc.), para que se haga en debida forma.

Para el tratamiento se emplea de preferencia el Neosalvarsán, pero en muchos casos se han empleado también los demás remedios que la ciencia médica acepta como antisifilíticos. Todos los medicamentos de esta índole son introducidos al país sin pagar derechos de Aduana, para su abaratamiento.

El Instituto no tiene solamente por misión tratar los enfermos por intermedio de sus Dispensarios. El se preocupa también de educar al pueblo y al enfermo haciéndoles conocer lo que es la sífilis, cómo puede evitarse, y sobre todo las terribles consecuencias que determina semejante plaga.

Todas las reglamentaciones que sancione el Instituto no entran en vigencia mientras no las aprueba el Consejo Nacional de Higiene.

Para dar una idea de la obra realizada por el Laboratorio y por los Dispensarios del Instituto Profiláctico de la Sífilis, voy a transcribir algunos números de la última Memoria presentada por el doctor Rodríguez, Médico-Jefe de esos Servicios, y que corresponde al año 1919.

Trabajos del Laboratorio en el año 1919

Reacciones de Wassermann de la sangre, 12,076.

Investigaciones de la triada, en el líquido céfalo-raquídeo, 558.

Estadística del movimiento habido en los Dispensarios del Instituto Profiláctico de la Sífilis, durante el año 1919

(Sifilíticos)

Dispensario Central	429
” N.º 1	390
” N.º 2	127
” N.º 3	152
” N.º 4	212
” N.º 5	247
Total.	1,557

1,557 sifilíticos inscriptos en los libros de los Dispensarios en el año 1919; por lo tanto, no están comprendidos en este número los 3,426 sifilíticos del año 1918, ni los enfermos que han concurrido por sufrir otras afecciones.

(Medicamentos)

Novoarsenobenzol inyectado en el año 1919:

Dispensario Central	1,449	gramos
” N.º 1	1,027.50	ctgs.
” N.º 2	1,028.50	”
” N.º 3	756	
” N.º 4	843.45	”
” N.º 5	723	
Total	5,827	grs. 45

5,827 grs. 45 suministrados por la Asistencia Pública Nacional; y, como en el año 1918 se han aplicado en los Dispensarios inyecciones de “914”, llevadas por los enfermos; inyecciones de diversas sales mercuriales, fricciones mercuriales, etc., gratuitamente.

En el presente año, nuestro colega el ilustrado Senador doctor Alejandro Gallinal, presentó un proyecto por el cual se grava cada hectárea de los predios rurales con un centési-

mo por hectárea, por año. El producto de este impuesto, que dará cerca de 200,000 pesos, se destina para el sostenimiento del Instituto Profiláctico de la Sífilis. Con esa renta anual, la acción de la lucha contra la avariosis se podrá desarrollar con más amplitud, desde el año próximo, que es el primero en que se hará efectivo el cobro del impuesto aludido creado por el impuesto Gallinal que ya es ley de la Nación. Una idea tan luminosa como la que inspiró la científica y humanitaria iniciativa de nuestro ilustrado colega, da gloria a nuestro país, que es el primero que haya gravado la tierra, teniendo en cuenta finalidad tan útil.

Un voto de aplauso merece el Senador Doctor Gallinal, y se lo han ganado también los dueños de establecimientos rurales, que con todo altruismo contribuyeron a inspirar su proyecto.

Provisto de recursos suficientes, hoy entra el Instituto en una nueva era, pudiéndose asegurar que su acción podrá ser más eficaz, pues podrá extenderse a todas las poblaciones de la República.

Conclusiones

1.º En la lucha contra la avariosis corresponde la reglamentación de la prostitución, con el objeto de facilitar la inspección sanitaria de las prostitutas.

2.º Las mujeres que estén afectadas de enfermedades venéreas o sífilíticas, en período de contagiosidad, deben ser hospitalizadas para su asistencia.

3.º Deben establecerse Dispensarios gratuitos para el tratamiento y profilaxis de la avariosis.

4.º Estas conclusiones deben ser indicadas a los Gobiernos adherentes a la Conferencia, recomendándoles su adopción.

9. Organización y funcionamiento del servicio de desinfección. Trabajos realizados

Su organización y funcionamiento

POR EL DOCTOR ERNESTO FERNÁNDEZ ESPIRO

Antes de ocuparnos de la organización y funcionamiento de dicho servicio, diremos algunas palabras sobre su comienzo, manifestando, desde luego, que hallándose adscripto a la Dirección de Salubridad, empezó a funcionar en 1893, en el mismo local que ocupa actualmente, utilizándose para la desinfección de ropas en general el vapor de agua bajo presión, en dos estufas, una fija y otra locomóvil, adquiridas en la casa Geneste Herscher, de París.

En esta forma se efectuó su iniciación, en reemplazo de los procedimientos rutinarios y deficientes que se habían empleado hasta entonces a causa de carecer de otros más perfeccionados y eficaces.

Con esos elementos y algunos más que se adquirieron posteriormente, como ser pulverizadores, etc., etc., se continuó haciendo ese servicio, el que pudo contar también, desde su principio, con dos carritos, y más tarde con los jardineras, para el transporte del material de desinfección y de las ropas sometidas a expurgo.

Utilizando esos pocos medios de que se disponía, se atendió el trabajo de desinfección durante las epidemias de difteria, escarlatina, tifoidea y sarampión, que aparecieron sucesivamente después de 1893, como asimismo los casos de viruela que ocurrían con frecuencia. En esas condiciones, más o menos, funcionaba el establecimiento destinado a ese servicio,—llamado actualmente Casa de Desinfección Doctor Gabriel

Honoré'', (1)—cuando sobrevino la epidemia de escarlatina en 1894, y meses después el cólera asiático que empezó en enero de 1895 y terminó en mayo de ese mismo año. A pesar de la escasez de elementos en ambas ocasiones, no por eso dejaron de aplicarse oportunamente las medidas de desinfección, haciéndose, además, el traslado de los enfermos que requerían aislamiento, al hospital respectivo.

A medida que las tareas fueron aumentando palpóse la necesidad de adquirir nuevo material, como ser: aparatos y útiles de desinfección, lo mismo que ambulancias, carros, jardineras y otros vehículos indispensables. Al hacerse esas adquisiciones se dispuso también que se ensamechase el expresado establecimiento, dando mayor extensión al terreno que ocupa y levantando en él las construcciones que se consideraron necesarias.

De esa manera, poco a poco, con arreglo a los recursos disponibles, se fué ampliando la susodicha Casa de Desinfección, mejorando sus instalaciones y aumentando a la vez sus medios de transporte hasta llegar a tener vehículos de tracción mecánica, lo mismo que nuevas estufas de desinfección, como igualmente un aparato Clayton, el primero que se adquirió para esta ciudad y el único existente en ella.

En la actualidad cuenta ese establecimiento con los elementos necesarios para atender sus cometidos, tanto en las épocas normales como en tiempo de epidemia.

Después de estas breves consideraciones que hemos creído oportuno hacer respecto a la iniciación del mencionado servicio y a su desenvolvimiento progresivo, pasaremos a ocuparnos de su organización y funcionamiento, de acuerdo con lo que manifestamos al principio de esta exposición.

Debemos decir, antes de todo, que el personal administrativo de la Casa de Desinfección "Doctor Gabriel Honoré'', está constituido por el Oficial de Administración y el Oficial 2.º. El primero de esos empleados corre con la Administración de ese establecimiento, en la que están comprendidos varios servicios de orden interno y externo, de los cuales depende su buen funcionamiento. Además, ejerce las tareas de

(1) Se le dió el nombre de ese Médico teniendo en cuenta que el doctor Honoré fué el primero que dirigió ese establecimiento, desde el cual prestó importantes servicios a la causa sanitaria.

habilitado y recaudador de lo que se percibe por las desinfecciones que se cobran. El Oficial 2.º es el encargado de ordenar los datos estadísticos; disponer el servicio externo; recibir las denuncias de los médicos sobre enfermedades contagiosas, asentándolas en los libros correspondientes. Anota también las defunciones y las altas, como igualmente las desinfecciones que se practican a domicilio.

En dicho establecimiento no sólo se reciben las denuncias que se envían directamente, sino las que le remiten la Sección Policía de Salubridad y los Concejos Auxiliares, en virtud de que estas oficinas están habilitadas también para la recepción de aquéllas. Aparte de esto le corresponde a esa dependencia de la Dirección de Salubridad, intervenir en los domicilios y demás sitios en que se producen casos de las enfermedades antedichas, a objeto de hacer practicar su desinfección con arreglo a las disposiciones vigentes. Para el cumplimiento de este cometido cuenta con un personal de veintidós desinfectadores, divididos en primeros y segundos.

El servicio de desinfección a domicilio, llamado servicio externo, lo efectúan dos desinfectadores, un primero y un segundo, utilizando para ello un carrito tirado por uno o dos caballos, según los casos, en el que llevan los elementos necesarios para el desempeño de su cometido, los cuales consisten en pulverizadores, generadores de formol, soluciones de bicloruro de mercurio y de sulfato de cobre, útiles para la combustión del azufre, papel en tiras para tapar las aberturas de las habitaciones, escaleras, caballetes, guantes de goma, nuqueras, camisones, alcohol, arena, etc., etc. Conducen, además, preceptos profilácticos de las enfermedades contagiosas de declaración obligatoria, para entregarlos en los domicilios de los pacientes, lo mismo que carteles para ser colocados en el exterior de las casas en que existan o hayan existido enfermos de difteria, escarlatina, viruela, peste bubónica, fiebre amarilla, cólera o meningitis cerebro-espinal. El referido servicio tiene un capataz, al que le incumbe recorrer los domicilios en los que haya enfermos contagiosos denunciados, vigilando a la vez al personal que practica la desinfección en esos puntos. Se informa, además, del estado de aquéllos, dando cuenta a sus superiores de los fallecimientos que ocurran, de las altas dadas por los médicos asisten-

tes y de los traslados que se efectúen. Hace también la medición de las habitaciones para conocer su cubaje, toma nota de las casas en las que deben renovarse las soluciones desinfectantes, dando al mismo tiempo instrucciones a los que las ocupan, no sólo para su uso, sino también para precaverse de la enfermedad que motiva la aplicación de las medidas de aislamiento y desinfección, en cada caso. Finalmente, recoge todos aquellos datos y observaciones que se le encomienden, los que trasmite oportunamente a la oficina de que depende.

El servicio externo se extiende a todo el Departamento de Montevideo, efectuándose las desinfecciones durante el curso de la enfermedad denunciada. Para atender las necesidades de ese servicio se dispone de ocho vehículos de tracción a sangre, destinados a las desinfecciones a domicilio; de cinco ambulancias, de las cuales una de tracción mecánica, para el transporte de enfermos, sean o no contagiosos; de un aparato Clayton y de una estufa locomóvil para la desinfección fuera del establecimiento, y además un carro para la conducción del personal y de los elementos necesarios en caso de tener que intervenir en el expurgo de grandes locales.

El servicio de desinfección en el referido establecimiento lo atiende el personal externo que no está de turno, un maquinista, un foguista, un encargado de preparar y distribuir los desinfectantes y un capataz interno que tiene como uno de sus tantos cometidos el de vigilar a dicho personal de desinfectadores durante el desempeño de sus funciones.

Para el trabajo de desinfección en ese local se dispone de tres estufas fijas, alimentadas por sus respectivas calderas; pulverizadores y generadores de formol de distintas clases y en número suficiente. Se cuenta, asimismo, con dos camiones y cinco carros para la conducción de ropas infectadas y desinfectadas. La cantidad de material rodante lo constituyen cinco ambulancias, cinco jardineras, tres carritos, cinco carros para el transporte de ropas, dos camiones, un carro para la conducción de personal y material de desinfección, cinco sulkys, dos tiburys, una estufa locomóvil y un aparato Clayton, del que ya nos hemos ocupado.

El servicio de desinfección se hace extensivo a los objetos que se venden en remate o particularmente en las casas de compraventa, tales como ropas de vestir o de cama, usadas;

alfombras, colchones, jergones y muebles, de acuerdo con una Ordenanza municipal en la que se prohíbe la enajenación de esos objetos si no han sido desinfectados. Para ese servicio rige una tarifa en la que están establecidos los precios que deben pagar los interesados por la desinfección a que nos hemos referido. La falta de cumplimiento a lo preceptuado en dicha Ordenanza se castiga con una multa de diez pesos por la primera vez y veinte en caso de reincidencia. Dos Inspectores están encargados de la vigilancia de los expresados locales (casas de remate y compraventa), debiendo dar cuenta a sus superiores de las infracciones que observen en ellos a fin de que se apliquen las multas correspondientes a los que no cumplen con lo que está dispuesto.

A más de las desinfecciones que se practican durante el curso de las enfermedades denunciadas y al final de ellas, también se efectúan las que se solicitan por el público, mediante el pago de su importe, sujeto a una tarifa razonable.

La Casa de Desinfección "Doctor Gabriel Honoré" atiende igualmente los pedidos hechos por intermedio de la Sección Policía de Salubridad y de los Concejos Auxiliares, tendientes a proporcionar cajones fúnebres a los fallecidos pobres. Para el efecto tiene siempre en depósito una cantidad de ataúdes de distintas dimensiones. Por consiguiente, puede en todo momento proveer de ellos a quienes lo soliciten en su calidad de indigentes.

Dicho establecimiento manda efectuar, además, los entierros de oficio, en caso de enfermedades exóticas.

Debemos hacer constar que los trabajos de carpintería, herrería, albañilería, pinturería, etc., etc., que se ejecutan en la Casa de Desinfección, están a cargo de los mismos desinfectadores, quienes se ocupan de ellos, bajo la dirección del capataz interno, en las horas que no tienen que atender las obligaciones inherentes al puesto que desempeñan. De esa manera ellos han contribuido a la conservación del edificio, haciendo varios trabajos y efectuando a la vez una serie de construcciones para su ensanche. Por otra parte, las reparaciones del material rodante, de los aparatos de desinfección y las de cualquiera otra clase, como la construcción de diversos vehículos y la de cajones fúnebres, han estado y están

encomendadas a dicho personal en razón de que el establecimiento no cuenta con operarios efectivos para esa tarea.

Trabajos realizados

Los datos referentes a los trabajos efectuados por la Casa de Desinfección desde 1912 a 1919 están consignados en los cuadros que publicamos más adelante. En el primero de ellos figuran los casos de enfermedades contagiosas declarados en dicho período de tiempo. Como no nos corresponde ocuparnos del estudio de cada una de ellas, ni de su mayor o menor frecuencia, nos limitaremos, por consiguiente, a llamar la atención de los que lean este trabajo sobre los poquísimos casos de viruela que aparecen en dicho cuadro o estado comparativo.

Es verdaderamente satisfactorio poder manifestar que, después de haber reinado esa enfermedad permanentemente en Montevideo durante un período de más de cincuenta años, la hemos visto desaparecer, felizmente, desde 1911, dado que al terminar ese año se extinguió la última epidemia que se inició en el mes de diciembre de 1908. En efecto: desde 1912 a 1919 se han registrado cinco casos solamente: cuatro de ellos procedentes del exterior (España y Brasil) y uno de origen completamente desconocido. Esos casos se produjeron de este modo: dos en 1912, dos en 1913 y uno en 1917. De manera que en los demás años no ha ocurrido ningún otro caso ni tampoco hasta el mes de octubre del año en curso que es precisamente la época en que escribimos estas líneas.

Debemos agregar que aun cuando la viruela no es actualmente una enfermedad endemo-epidémica entre nosotros, no por eso se deja de insistir sobre la necesidad de que se vacune y revacune el mayor número de personas todos los años. Tan es así, que a menudo se aconseja a la población que llene ese requisito, facilitándole el medio de hacerlo por cuanto funcionan permanentemente cuatro oficinas de vacunación en distintos puntos de la ciudad, independientemente de los servicios de esa clase que la Dirección de Salubridad manda instalar con frecuencia en los centros poblados del Departamento. A consecuencia de todo esto, el número de vacunaciones y revacunaciones que se practican, año por año, supera cada vez más al que se obtenía en otras épocas, dado lo difícil

que era entonces conseguir que la población, en general, concurren a vacunarse o revacunarse, aun mismo en momentos en que el peligro era inminente por existir en el municipio mayor o menor número de casos de viruela.

En el segundo y tercer cuadro se indica el número de desinfecciones efectuadas en los últimos ocho años, tanto en el curso de la enfermedad denunciada, como después de expedida el alta correspondiente. En el cuarto cuadro se registran los diversos objetos que fueron sometidos a la desinfección por el vapor de agua bajo presión en dicho período de tiempo.

Los datos mencionados dan una idea exacta de esa parte de la labor realizada por la Casa de Desinfección "Doctor Gabriel Honoré" en los años de 1912 a 1919. Réstanos decir que una tarea más o menos intensa que la que se ha llevado a cabo hasta ahora, ha pesado sobre ese establecimiento en épocas anteriores, dándose el caso de que en muchas ocasiones fué necesario que funcionase en horas extraordinarias, de día como de noche, para poder atender los servicios que le están encomendados y cuya ejecución no podía ni debía diferirse.

ESTADO COMPARATIVO

CASOS DECLARADOS

ENFERMEDAD	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919
Viruela	(1) 5	2	—	(2) 1	—	(3) 3	(4) 1	—
Varicela	91	127	142	202	128	147	108	148
Sarampión	582	298	41	274	219	21	41	5
Escarlatina	268	162	72	584	195	67	64	49
Difteria	150	190	220	249	204	174	208	262
Tifoidea	273	161	178	131	143	183	367	207
Fiebre puerperal . . .	17	11	1	7	1	—	1	—
Erisipela	12	16	20	10	3	6	8	15
Tuberculosis pulmonar.	1,269	1,176	1,236	1,522	1,455	1,916	1,397	1,352
Tos convulsa	60	1	14	150	—	227	302	225
Lepra	10	1	3	6	1	6	8	—
Varias causas	11	14	13	9	25	77	28	54
TOTAL	2,728	2,112	1,940	3,145	2,380	2,327	2,473	2,317

(1) Corresponden 3 al Lazareto de la Isla de Flores, procedentes del exterior.

(2) Corresponde al ídem ídem ídem.

(3) Corresponden 2 al ídem ídem ídem.

(4) Corresponde al ídem ídem ídem.

ESTADO COMPARATIVO

DESINFECCIONES DURANTE EL CURSO DE LA ENFERMEDAD

ENFERMEDAD	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919
Viruela	12	—	—	—	—	—	—	—
Varicela	147	182	220	211	211	263	132	240
Sarampión	669	30	2	8	3	—	—	—
Escarlatina	3,261	1,250	515	3,041	1,372	393	311	298
Difteria	893	922	873	1,055	949	1,236	951	836
Tifoidea	773	688	851	373	573	1,002	1,806	804
Fiebre puerperal. . .	24	—	—	—	1	—	5	—
Erisipela	27	19	17	31	6	10	24	15
Varias causas . . .	13	2	6	31	4	347	276	246
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
Total . . .	5,819	3,093	2,583	4,750	3,149	3,251	3,508	2,419

N.º 3

ESTADO COMPARATIVO

DESINFECCIONES TERMINALES

ENFERMEDAD	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919
Viruela	—	—	—	—	—	—	—	—
Varicela	53	54	25	31	11	5	7	4
Sarampión	270	12	1	—	2	1	—	2
Escarlatina	202	128	49	114	139	39	32	13
Difteria	124	135	145	175	141	177	158	139
Tifoidea	120	81	93	57	64	74	160	75
Fiebre puerperal . .	5	—	—	—	1	—	1	—
Erisipela	3	5	3	7	3	4	5	2
Tuberculosis pulmonar.	924	281	301	277	323	354	353	396
Varias causas	2	1	—	7	5	52	105	194
Traslados	509	477	414	544	441	438	601	520
TOTAL	1,612	1,174	1,031	1,512	1,130	1,144	1,422	1,365

N.º 4

DESINFECCIÓN A VAPOR BAJO PRESION

	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919
Alfombras	15,054	13,896	8,546	7,337	8,298	8,967	12,621	14,846
Colchones y almohadas	56,745	48,311	41,570	62,685	48,259	61,903	74,116	78,810
Ropas sucias	19,717	14,613	16,693	37,344	29,023	35,162	36,460	31,996
Ropas limpias y de vestir	4,751	4,048	4,796	5,797	5,480	5,383	6,752	9,387
Otros objetos	14,738	20,899	4,950	3,504	3,930	6,239	10,061	12,552



10. La población del Uruguay, de 1910 a 1919 inclusive

POR EL DOCTOR JOAQUÍN DE SALTERAIN

La marcha de las defunciones, nacimientos y crecimiento vegetativo del Uruguay, en los últimos diez años, considerada de una manera sintética, demuestra el estado floreciente de su población.

Entre los diez y nueve departamentos en que se halla dividido el territorio, ninguno posee los elementos étnicos que en cantidad suficiente pudieran servir de base para modificar su estructura genuinamente europea occidental por el origen, como tampoco presenta zona alguna malsana.

Ese conjunto de condiciones análogas, del medio humano y del suelo, se traducen en la uniformidad del desenvolvimiento que es casi idéntico en todo el país, salvo las modificaciones propias del dinamismo de la metrópoli.

Durante el segundo quinquenio estudiado la población ha sufrido la influencia de dos epidemias de gripe bastante considerables, así como la paralización del intercambio migratorio, producida por el conflicto europeo. Entrambas, forzosamente han retardado algo su desenvolvimiento, pero en ninguno de los dos casos hasta el punto de reducir sus coeficientes demográficos de manera fundamental.

He aquí las cifras que lo demuestran:

EN LA REPÚBLICA

AÑOS	Población	Nacimientos	Prop.	Defunciones	Prop.	Crecimiento vegetativo	Proporción por mil
1910	1,132,115	35,927	31.73	16,515	15.47	19,412	18.02
1911	1,177,560	37,537	31.87	16,552	14.06	20,978	17.72
1912	1,225,914	39,171	31.95	16,745	13.61	22,426	18.29
1913	1,279,359	40,315	31.51	15,374	12.02	24,941	19.49
1914	1,315,714	38,571	29.32	15,350	11.67	23,221	17.64
1/2	1,226,132	191,514	31.13	80,536	13.13	110,978	18.10
1915	1,346,161	38,046	28.20	16,602	12.33	21,444	15.92
1916	1,378,808	36,983	26.82	20,338	14.75	16,645	12.07
1917	1,407,247	36,752	26.11	17,348	12.32	19,404	13.78
1918	1,429,585	38,914	27.92	20,009	14.00	18,905	13.22
1919	1,462,887	39,307	26.87	18,904	12.92	20,403	13.94
1/2	1,404,937	190,062	27.00	93,201	13.26	96,861	13.78

ARTIGAS

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	29,622	539	18.19	962	32.47	423	14.27
1911	31,380	543	17.30	997	31.77	454	14.46
1912	33,470	459	13.71	1,034	30.89	575	17.17
1913	35,151	445	12.65	1,101	31.32	656	18.66
1914	36,340	461	12.68	1,105	30.40	644	17.72
1/2	33,180	2,447	14.72	5,199	31.31	2,752	16.58
1915	36,743	551	14.99	1,034	28.14	483	13.14
1916	37,350	706	18.90	918	24.57	212	5.67
1917	38,016	625	16.44	1,006	25.46	381	10.02
1918	38,208	849	22.22	920	24.07	71	1.85
1919	39,660	432	10.89	977	24.63	545	13.74
1/2	37,995	3,163	16.65	4,855	25.50	1,692	8.90

CANELONES

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	94,521	1,024	10.83	3,479	36.80	2,455	25.97
1911	97,719	926	9.47	3,484	35.65	2,558	26.17
1912	100,981	1,029	10.19	3,557	35.22	2,528	25.03
1913	104,391	893	8.55	3,587	34.36	2,694	25.80
1914	107,068	820	7.65	3,418	31.92	2,598	24.27
1/2	100,936	4,692	9.29	17,525	32.33	12,833	25.42
1915	109,648	924	8.43	3,372	30.75	2,448	22.35
1916	112,092	1,151	10.26	3,294	29.38	2,143	19.12
1917	114,623	909	7.93	3,229	28.37	2,320	20.24
1918	117,219	896	7.64	3,391	28.92	2,495	21.28
1919	119,634	1,174	9.81	3,318	27.73	2,144	17.83
1/2	114,643	5,054	8.81	16,604	29.14	11,550	20.14

CERRO LARGO

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	47,645	590	12.38	1,321	27.72	731	15.34
1911	49,307	606	12.29	1,624	32.93	1,018	20.64
1912	51,025	688	13.48	1,681	32.94	993	19.46
1913	52,794	680	12.88	1,757	33.28	1,077	20.40
1914	54,005	635	11.75	1,711	31.68	1,076	19.93
1/2	50,955	3,199	12.55	8,094	31.76	4,895	19.21
1915	55,084	682	12.38	1,612	29.26	930	16.88
1916	56,272	768	13.64	1,655	29.41	887	15.77
1917	57,371	877	15.28	1,681	29.82	804	14.01
1918	58,114	1,064	18.30	1,670	28.73	606	10.42
1919	59,257	846	14.27	1,732	29.22	886	14.95
1/2	57,219	4,237	14.80	8,350	29.18	4,113	14.37

COLONIA

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	60,442	860	14.22	2,294	37.97	1,434	23.72
1911	63,732	711	11.15	2,158	33.86	1,447	22.68
1912	67,151	693	10.32	2,340	34.84	1,647	24.52
1913	71,512	625	8.73	2,359	32.98	1,734	24.24
1914	74,458	657	8.82	2,350	31.96	1,693	22.73
1 2	67,459	3,546	10.51	11,501	34.09	7,955	23.58
1915	77,669	696	9.08	2,291	29.58	1,595	20.53
1916	80,275	843	10.50	2,231	27.79	1,388	17.29
1917	82,596	700	8.47	2,055	24.88	1,355	16.87
1918	85,332	762	8.92	2,160	25.31	1,398	16.38
1919	87,974	702	7.99	2,293	26.07	1,591	18.08
1 2	82,769	3,703	8.94	11,030	26.65	7,327	17.94

DURAZNO

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	45,628	593	12.99	1,444	31.64	851	18.65
1911	47,253	608	12.86	1,593	33.71	985	20.84
1912	48,871	717	14.65	1,601	32.75	884	18.08
1913	50,690	549	10.83	1,652	32.58	1,103	21.75
1914	51,737	565	10.92	1,533	29.63	968	18.71
1 2	48,835	3,032	12.41	7,823	32.03	4,791	19.33
1915	52,804	613	11.60	1,548	29.31	935	17.70
1916	53,785	846	15.83	1,526	28.37	680	12.64
1917	54,930	680	12.37	1,614	29.38	934	17.00
1918	55,923	757	13.53	1,649	29.49	892	15.95
1919	57,219	643	11.23	1,668	29.13	1,025	17.91
1 2	54,932	3,539	12.88	8,005	29.14	4,466	16.26

FLORES

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	18,080	250	13.82	588	32.52	338	18.69
1911	19,030	242	12.71	552	29.00	310	16.23
1912	20,131	254	12.61	621	30.84	367	18.23
1913	21,161	257	12.19	571	26.98	314	14.83
1914	21,562	224	10.38	546	25.32	322	14.93
1/2	19,992	1,227	12.27	2,878	28.77	1,651	16.41
1915	22,079	225	10.19	610	27.63	385	17.43
1916	22,630	349	15.80	599	26.46	250	11.04
1917	23,193	242	10.43	594	25.61	352	15.17
1918	23,679	260	10.98	645	27.19	385	16.25
1919	24,284	323	13.30	657	27.05	334	13.75
1/2	23,173	1,399	12.07	3,105	26.79	1,706	14.72

FLORIDA

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	49,229	565	11.47	1,732	35.18	1,167	23.70
1911	51,209	569	11.11	1,902	37.14	1,333	26.03
1912	53,158	627	11.79	1,849	34.78	1,222	22.99
1913	55,432	454	8.19	2,012	36.29	1,558	28.10
1914	56,917	525	9.92	1,931	33.92	1,406	24.70
1/2	53,189	2,740	10.30	9,426	35.44	6,686	25.14
1915	58,538	524	8.95	2,013	34.38	1,489	25.43
1916	59,916	794	13.25	1,871	31.22	1,077	17.97
1917	61,350	587	9.56	1,810	29.48	1,223	19.93
1918	62,666	615	9.81	1,830	29.20	1,215	19.37
1919	64,203	640	9.96	1,906	29.68	1,266	19.71
1/2	34,624	1,749	10.10	5,459	31.53	3,710	21.43

MALDONADO

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	31,818	348	10.93	1,069	33.59	721	22.66
1911	33,168	381	11.48	1,091	32.89	710	21.40
1912	34,704	367	10.57	1,092	31.46	725	20.89
1913	36,306	314	8.65	1,126	31.01	812	22.36
1914	37,125	339	9.13	1,081	29.11	742	19.98
1/2	34,624	1,749	10.10	5,459	31.53	3,710	21.43
1915	38,059	298	7.82	1,100	28.90	802	21.08
1916	38,955	442	11.34	1,037	26.62	595	15.28
1917	39,916	345	8.66	1,095	27.68	750	18.78
1918	40,812	341	8.35	1,136	27.85	795	19.48
1919	41,885	449	10.71	1,126	26.85	677	16.16
1/2	39,925	1,875	9.39	5,494	27.57	3,619	18.12

MINAS

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	55,097	617	11.19	1,806	32.77	1,189	21.58
1911	57,036	641	11.23	1,940	34.01	1,299	22.77
1912	59,229	581	9.80	2,040	34.44	1,459	24.64
1913	61,479	512	8.32	2,046	33.27	1,534	24.95
1914	62,920	522	8.29	1,884	29.94	1,362	21.65
1/2	59,982	2,873	9.64	9,716	32.85	6,843	23.13
1915	64,392	545	8.46	1,885	29.27	1,340	20.81
1916	65,893	742	11.26	1,942	29.47	1,200	18.21
1917	67,371	606	8.99	1,873	27.80	1,267	18.80
1918	68,858	625	9.07	2,011	29.20	1,386	20.12
1919	70,250	837	11.91	1,958	27.87	1,121	15.95
1/2	67,352	3,355	9.96	9,669	28.70	6,314	18.74

MONTEVIDEO

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	328,410	6,162	18.76	9,486	28.88	3,324	10.12
1911	338,175	5,829	17.23	9,824	29.05	3,995	11.81
1912	348,488	6,336	18.18	10,049	28.83	3,713	10.68
1913	359,526	5,824	16.18	10,422	29.55	4,598	15.57
1914	364,343	5,896	16.19	10,005	27.46	4,109	11.27
1/2	347,788	30,047	17.27	49,786	28.62	19,739	11.35
1915	368,620	6,474	17.56	9,560	25.29	3,086	8.37
1916	373,964	6,749	18.04	9,383	25.09	2,634	7.04
1917	378,993	6,030	15.91	9,161	24.17	3,131	8.26
1918	382,704	6,988	18.25	9,794	25.59	2,806	7.43
1919	387,890	7,219	18.61	9,965	25.69	2,746	7.05
1/2	378,434	33,460	17.68	47,863	25.29	14,403	7.61

PAYSANDU

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	45,127	552	12.23	1,387	30.73	835	18.50
1911	48,419	698	14.41	1,365	28.19	667	13.78
1912	52,038	545	10.47	1,462	28.09	917	17.62
1913	57,146	581	10.16	1,336	26.87	955	16.71
1914	60,512	561	9.27	1,456	24.06	895	14.79
1/2	52,648	2,937	11.15	7,206	27.37	4,269	16.21
1915	63,343	679	10.71	1,528	24.12	849	13.41
1916	65,915	891	13.51	1,311	19.88	420	6.37
1917	68,874	738	10.71	1,354	19.65	616	8.94
1918	71,272	885	12.41	1,398	19.61	513	7.15
1919	73,511	579	7.87	1,389	18.89	810	11.01
1/2	68,583	3,772	10.99	6,980	20.35	3,208	9.35

RIO NEGRO

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	25,452	221	8.68	689	27.07	468	16.39
1911	27,622	286	10.35	748	27.07	462	16.72
1912	29,631	263	8.87	801	27.03	538	18.15
1913	31,907	252	7.89	817	25.60	565	17.71
1914	33,529	246	7.33	828	24.69	582	17.36
1 2	29,628	1,268	8.55	3,883	26.21	2,615	17.65
1915	34,986	217	6.20	804	22.98	587	16.78
1916	35,714	484	13.55	862	24.13	378	10.58
1917	36,482	345	9.56	802	21.98	457	12.55
1918	37,046	403	10.87	893	24.10	490	13.22
1919	37,840	301	7.95	861	20.11	560	14.79
1 2	36,413	1,750	9.61	4,222	23.18	2,472	13.57

RIVERA

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	38,227	521	13.62	1,093	28.59	572	14.97
1911	39,413	793	20.12	1,339	33.97	546	13.85
1912	41,030	710	17.30	1,594	38.84	884	21.54
1913	42,503	679	15.97	1,436	33.78	757	17.81
1914	43,342	625	14.42	1,385	31.95	760	17.53
1 2	40,903	3,328	16.27	6,847	33.47	3,519	17.20
1915	44,030	720	16.35	1,276	28.98	556	12.63
1916	44,824	712	15.88	1,205	26.88	493	11.00
1917	45,678	635	13.87	1,278	27.95	643	14.51
1918	46,257	880	19.02	1,358	29.35	478	10.33
1919	47,335	692	14.61	1,499	31.68	807	17.04
1 2	44,624	3,639	15.95	6,616	29.00	2,977	13.04

ROCHA

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	37,483	412	10.99	1,362	36.33	950	25.34
1911	39,038	408	10.45	1,323	33.89	915	23.44
1912	40,705	447	10.98	1,381	33.92	934	22.94
1913	42,351	474	11.19	1,404	33.15	930	21.96
1914	43,309	431	9.95	1,310	30.24	879	20.29
1/2	40,577	2,172	10.70	6,780	33.41	4,608	22.71
1915	44,344	434	9.78	1,337	30.15	903	20.37
1916	45,369	613	13.51	1,337	29.46	724	15.95
1917	46,423	528	11.37	1,371	29.53	843	18.15
1918	47,545	515	10.83	1,536	32.30	1,021	21.47
1919	48,796	524	10.73	1,504	30.82	980	20.08
1/2	46,495	2,614	11.24	7,085	30.47	4,471	19.23

SALTO

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	51,002	783	15.35	1,545	30.29	762	14.94
1911	54,159	788	14.54	1,608	29.69	820	15.15
1912	56,875	799	14.04	1,723	30.29	924	16.25
1913	60,175	744	12.36	1,778	29.54	1,034	17.18
1914	66,493	789	11.88	1,808	21.19	1,019	15.31
1/2	57,740	3,903	13.51	8,462	29.31	4,559	15.82
1915	68,922	817	11.85	1,811	26.27	994	14.42
1916	74,415	1,252	16.82	1,681	22.58	429	5.76
1917	75,299	874	11.60	1,790	23.77	916	12.16
1918	73,309	1,369	18.67	1,826	24.90	457	6.23
1919	77,391	857	11.07	1,832	23.67	975	12.60
1/2	73,867	5,169	13.99	8,940	24.20	3,771	10.21

SAN JOSE

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	50,034	615	12.29	1,740	34.77	1,125	22.48
1911	51,785	626	12.08	1,737	33.54	1,111	21.46
1912	53,698	533	9.92	1,712	31.88	1,179	21.96
1913	55,673	490	8.80	1,749	31.41	1,259	22.61
1914	57,011	436	7.64	1,696	29.74	1,260	22.10
1 2	53,640	2,700	10.05	8,634	32.19	5,934	22.12
1915	58,257	518	8.89	1,632	28.01	1,114	19.12
1916	59,533	690	11.59	1,665	27.96	975	16.37
1917	60,652	591	9.74	1,499	24.71	908	14.96
1918	61,785	596	9.32	1,628	26.34	1,032	16.70
1919	62,966	708	11.24	1,618	25.69	910	14.45
1 2	60,638	3,103	10.23	8,042	26.52	4,939	16.28

SORIANO

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	42,758	747	17.47	1,398	32.69	651	15.22
1911	44,720	641	14.33	1,407	31.46	766	17.13
1912	46,910	528	11.25	1,514	32.27	986	21.02
1913	49,593	547	11.02	1,590	32.06	1,043	21.04
1914	51,413	568	11.04	1,564	30.42	996	19.38
1 2	47,078	3,031	12.87	7,473	31.73	4,442	18.87
1915	52,743	624	11.83	1,555	29.48	931	17.65
1916	54,018	816	15.10	1,599	29.60	783	14.50
1917	55,408	733	13.22	1,489	26.87	756	13.64
1918	56,602	698	12.33	1,595	28.17	897	15.88
1919	57,898	772	13.33	1,705	29.44	933	16.09
1 2	55,533	3,643	13.16	7,943	28.71	4,300	15.54

TACUAREMBO

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	50,104	709	14.15	1,517	30.27	808	16.12
1911	51,505	870	16.89	1,631	31.66	761	14.77
1912	53,169	759	14.27	1,690	31.78	931	17.51
1913	55,285	650	11.76	2,050	37.08	1,400	25.32
1914	56,438	661	11.71	1,736	30.75	1,075	19.04
1/2	53,300	3,649	13.69	8,624	32.36	4,975	18.66
1915	57,686	667	11.56	1,783	30.90	1,116	19.34
1916	58,708	949	16.16	1,670	28.44	721	12.28
1917	59,940	787	13.12	1,808	30.16	1,021	17.03
1918	61,124	1,005	16.36	2,088	34.16	1,083	17.88
1919	62,581	707	11.29	1,893	30.24	1,186	18.95
1/2	60,007	4,115	13.71	9,242	30.80	5,127	17.08

TREINTA Y TRES

AÑOS	Población	Defunciones	Prop.	Nacimientos	Prop.	Crecimiento vegetativo	Prop.
1910	31,436	407	12.94	1,015	32.28	608	19.34
1911	32,897	386	11.74	1,207	36.69	821	24.95
1912	34,650	410	11.83	1,430	41.26	1,020	29.43
1913	36,284	404	11.13	1,322	36.43	918	25.30
1914	37,192	389	10.45	1,224	32.91	835	22.46
1/2	34,491	1,996	11.57	6,198	35.93	4,202	24.37
1915	38,214	394	10.31	1,295	33.88	901	23.57
1916	39,180	541	13.80	1,197	30.05	656	16.75
1917	40,132	516	12.85	1,243	30.97	727	18.11
1918	41,130	501	12.18	1,386	33.69	885	21.51
1919	42,313	499	11.79	1,406	33.20	907	21.43
1/2	40,193	2,451	12.19	6,527	32.47	4,076	20.28



II. Servicios de aguas corrientes y alcantarillado. Su extensión

POR EL DOCTOR JULIO ETCHEPARE

I

Aguas Corrientes (Montevideo, Salto, Paysandú, Mercedes)

1. MONTEVIDEO

SUMARIO

- I. Reseña histórica.
- II. Descripción general de las instalaciones de la "Empresa de Aguas Corrientes" y de los procedimientos empleados para la purificación del agua.
- III. Calidad del agua. Resultado de los análisis.
- IV. Datos sobre el consumo.
- V. Obras en ejecución.
- VI. Servicios públicos gratuitos.
- VII. Precios del agua. *

I

Reseña histórica

Remontándonos a la época de la concesión otorgada por nuestro Gobierno para la provisión de aguas corrientes a la ciudad de Montevideo (año 1867), podríamos decir que en aquél entonces nuestra capital no contaba con otro sistema de abastecimiento de agua que el primitivo de aljibes y manantiales.

Ocurría, como es de suponer, que cada vez que un período de sequía se prolongaba, una buena parte de los aljibes que-

daban agotados, dando lugar a las consiguientes penurias de la población que se veía obligada a pagar tanto o cuanto por cada balde de agua que adquiría de los pocos que disponían de aquel elemento en cantidad.

Para remediar tal estado de cosas, y después de un verano de gran sequía en el año 1867, el Gobierno decidió hacer un llamado a propuestas a fin de proveer de una manera permanente, a la ciudad de Montevideo, de un servicio de agua que respondiera a sus necesidades.

La propuesta de don Enrique Fynn fué la que, después de detenidos estudios, aceptó el Gobierno, en el mismo año, dado que era la más ventajosa de las presentadas. Esta propuesta consistía en traer agua del río *Santa Lucía* por medio de la instalación de una máquina en la localidad del mismo nombre; una cañería desde allí hasta la *Cuchilla de Pereyra*; un depósito en ese punto, y desde ese depósito una cañería hasta *Montevideo*.

Se estipuló en la concesión la exoneración de derechos e impuestos, y por su parte el proponente se comprometía a fijar una tarifa especial para el Gobierno y a dar gratis una determinada cantidad de agua para fuentes públicas, postes ruididores, etc.

El punto a elegirse para la toma de agua del río fué motivo de detenidos estudios por una Comisión especial, nombrada al efecto, la que aconsejó se adoptara el punto actual, que como es sabido queda a unos 58 kilómetros hacia el noroeste de la Capital y a unos 10 kilómetros más abajo del pueblo de Santa Lucía (Departamento de Canelones). Aprobado por el Gobierno el punto de toma de agua referido, se expropió a favor del concesionario el área de terreno que para ello se necesitaba.

Las obras dieron comienzo en 1868; en menos de tres años quedaron concluidas, inaugurándose el servicio en Montevideo, el 18 de julio de 1871, aniversario de la Jura de la Constitución.

Conviene hacer constar que el servicio así inaugurado no comprendía ninguna obra de filtración o purificación del agua; simplemente consistía en tomar el agua del río y en su condición natural bombearla hasta el depósito de distribución construido en la Cuchilla de Pereyra, desde donde, por

gravitación, venía el agua a la Ciudad por medio de la cañería primitiva. En esta forma se hizo el suministro a Montevideo por espacio de unos 18 años.

En el año 1888, previas gestiones iniciadas por la Municipalidad, se procedió a la instalación de una planta completa de purificación del agua, que comprendía: purificadores Anderson, filtros de arena, depósitos de agua filtrada, etc., etc. Puede afirmarse que desde la instalación de estas obras, que se llevaron a cabo en unos tres años, la calidad del agua de suministro a la población cambió de una manera radical, quedando desde entonces asegurada, en definitiva, la depuración del agua potable destinada a Montevideo, en excelentes condiciones de pureza y de acuerdo con los adelantos científicos adoptados en las ciudades principales del mundo; baste decir que habiendo la Municipalidad fijado un límite de tolerancia a la cantidad de materia orgánica contenida en el agua de suministro a Montevideo, hace más de 20 años que en los análisis que se practican diariamente por el Laboratorio Municipal, no se ha encontrado que el agua fuera siquiera sospechosa, pues siempre ha sido la proporción de materia orgánica inferior al límite fijado a excepción del mes de mayo de 1907, en que durante varios días la materia orgánica alcanzó la cifra máxima de *tres* miligramos veinte.

Largo e innecesario sería historiar el constante desarrollo de las obras que desde la instalación primitiva se ha ido llevando a cabo como ampliación del suministro a Montevideo.

En los capítulos siguientes respectivos se describen detalladamente las obras existentes en la actualidad y algunas otras proyectadas.

II

Descripción general de las instalaciones de la Empresa de Aguas Corrientes y de los procedimientos empleados para la purificación de agua.

a) RESUMEN DEL PROCESO DE PURIFICACIÓN

1.º Por medio de una cañería especial y un túnel, el agua pasa por gravitación, desde el río hasta el punto donde se encuentra el pabellón de máquinas.

2.º Las máquinas bombean el agua hasta los purificadores de Anderson, de donde, después de tratada convenientemente, pasa por gravitación a los Depósitos de Decantación.

3.º Después de reposar el agua el tiempo necesario en dichos depósitos, pasa de éstos a través de los filtros de arena.

4.º Una vez efectuada la filtración, pasa el agua a los depósitos de agua filtrada, desde donde, a su vez, es absorbida por las máquinas que la impulsan por dos gruesas cañerías hasta los Depósitos de Distribución en la Cuchilla de Pereyra, o sea una distancia de 35 kilómetros y una altura de 82 metros sobre el nivel del punto de toma de agua en el río.

5.º Desde los Depósitos de Distribución en la Cuchilla de Pereyra, situados a una altura de 85 metros sobre el nivel del mar, corre el agua por gravitación a la ciudad, a través de cuatro grandes líneas de derivación.

b) DESCRIPCIÓN DE LAS INSTALACIONES Y SUS RESPECTIVAS RAMIFICACIONES

Captación en el río Santa Lucía.

Cuando la empresa primitiva obtuvo la concesión en 1867, se tomaron niveles a lo largo del río Santa Lucía, en una distancia de 58 kilómetros, desde el pueblo del mismo nombre (Santa Lucía), hacia arriba, o sea hasta el Paso de las Toscas, situado a unos 80 kilómetros de Montevideo en línea recta. Era el objeto verificar si existía algún punto adecuado en el río, desde donde pudiera proveerse de agua a la Capital, por gravitación. En ese punto (Paso de las Toscas) se encontró que la altura sobre el nivel del mar era de 57 metros, altura que se consideró insuficiente dado que la ciudad de Montevideo está, en buena parte, situada a una considerable elevación. Se renunció entonces a la idea del suministro por simple gravitación, optándose por el sistema de bombeo, para lo cual se continuaron los estudios del río desde el pueblo de Santa Lucía hacia abajo.

Después de detenidos estudios y observaciones practicadas, los ingenieros de la Empresa adoptaron por punto de toma el actual. Este se halla en el paraje conocido por Paso de las Piedras; está situado a 10 kilómetros abajo del pueblo de

Santa Lucía, a 58 kilómetros aproximadamente de la desembocadura del río Santa Lucía en el Río de la Plata, y más o menos, a una distancia de unos 60 kilómetros de Montevideo en línea recta.

En el punto del río de que tratamos existe, a través del mismo, un dique natural que la Empresa completó con piedras y portland, a objeto de favorecer la toma de agua. Este dique tiene unos 88 metros de ancho y la toma de agua se efectúa a 55 metros arriba del dique y a unos 12 metros de la margen izquierda del río, en tiempos normales, es decir, no habiendo creciente. El agua se toma en lo más recio de la corriente del río y cerca de la superficie por medio de cañerías de hierro de 0 m. 61 de diámetro; por estas cañerías, que en su boca de entrada de agua están protegidas debidamente por mallas de alambre de cobre (que hace las veces de colador), pasa el agua por desnivel a una galería o túnel perforado en la arenisca ferruginosa, corriendo en un trayecto de 19 metros hasta la "Cubeta" o *cámara de succión*, construída sobre la roca, en la orilla del río.

Esta "Cubeta" está protegida por una torre de mampostería cubierta de tela metálica, para impedir la caída de cuerpos extraños sin impedir la ventilación; consta de dos compartimientos: el primero tiene 14 metros de largo y 2 de ancho. Altura 12 metros, o sea 5 metros perforados en la roca bajo el nivel del río y 7 metros de altura de muros construídos sólidamente sobre el nivel del río. Este primer compartimiento tiene por objeto proteger de la corriente del río, en tiempos de creciente, el caño flotador de toma de agua que está colocado en dicho compartimiento. Sigue inmediato al segundo compartimiento, que tiene la misma profundidad de 12 metros (como el primero). Es redondo de un diámetro de 2 m. 15 y en forma de aljibe. El objeto de este segundo compartimiento es resguardar la válvula colocada a fin de regular la entrada o cierre de agua del río. Desde este segundo compartimiento, el agua pasa por gravitación por medio de un túnel perforado en la arenisca ferruginosa, hasta el punto debajo de las máquinas desde donde se bombea el agua a los purificadores. El túnel de que estamos tratando tiene 132 metros de largo, 1 m. 37 de altura, 1 m. 07 de ancho y está recubierto, en su interior, con una capa de concreto de

portland de 22 centímetros de espesor. El piso o base de este túnel queda a unos 5 metros debajo del nivel del río y a unos 12 metros debajo del nivel del terraplén de la Casa de Máquinas. Periódicamente se bombea en seco y se limpia completamente este túnel.

Sección máquinas

Funcionan actualmente:

- | | |
|---|-----------------|
| 4 máquinas para bombear el agua del río a los <i>purificadores o a los depósitos de decantación</i> ; capacidad en conjunto, por cada 24 horas, unos . . . lit. | 83.000,000 |
| 3 máquinas para bombear el agua filtrada a los <i>depósitos de distribución</i> (Las Piedras); capacidad en conjunto, por cada 24 horas ” | 50 a 60.000,000 |
| 4 baterías de calderas (total 990 caballos). | |

Los purificadores “Anderson”.—*Tratamiento por el “aluminio-férrico”.*

Por medio de las máquinas mencionadas el agua es aspirada de la cubeta o cámara de succión, hasta los rotativos de Anderson. A la entrada de dichos rotativos existe un tanque en donde se coloca el alumino-férrico en piedra, en la proporción necesaria según la calidad del agua; con agua del río en condición natural es suficiente un decigramo de dicha sustancia para cada 5 litros de agua, y con agua muy turbia, como ocurre después de grandes lluvias, se necesita mayor cantidad de “coagulante”, hasta 3 y 4 decigramos por cada 5 litros. Con la corriente de agua bombeada por las máquinas, el alumino-férrico se disuelve y pasa a los purificadores de Anderson. En los casos en que se comprueba que las condiciones del agua del río son muy buenas no se hace uso del expresado coagulante.

Depósitos de decantación.

A la salida de los cilindros de Anderson, el agua es aireada cayendo sobre las paletas de unas ruedas que hacen girar

a los mismos cilindros, corriendo después, lentamente, por canales de poco declive, donde depositan parte de las materias en suspensión y sufren la acción del oxígeno del aire, llegando, por último, a los depósitos de decantación. Estos depósitos son seis sólidamente contruídos con paredes de concreto rebocadas con cemento portland; los pisos son de hormigón y tienen una ligera caída hacia los desagües.

Como lo hemos dicho, después de sometida el agua al tratamiento de los purificadores, pasa por gravitación a los depósitos de sedimentación en donde se deja reposar el tiempo necesario antes de ser filtrada. Detenidos experimentos que se han hecho, han demostrado que después de haber reposado el agua unos pocos días en estos depósitos, el porcentaje de la materia orgánica queda reducido en una proporción bien apreciable.

*Dimensiones de los depósitos y capacidad
aproximada de los mismos*

Número	Largo (metros)	Ancho (metros)	Profundidad (metros)	Capacidad (litros)
1	65	49	4.34	13.000,000
2	65	49	4.34	13.000,000
3	77	62	4.34	20.000,000
4	77	62	4.34	20.000,000
5	77	70	3.65	18.000,000
6	77	70	3.65	18.000,000
Total				102.000,000

Filtros de arena.

Estos filtros son once; de éstos nueve están contruídos con paredes de piedra o concreto y piso de hormigón, estando las paredes rebocadas con cemento de portland. El techo de

cinco de estos filtros es de teja, y de hierro galvanizado el de los otros 4.

Las dimensiones de cada uno de esos nueve filtros son:

Largo, 48 metros; ancho, 26 metros; profundidad, 2 m. 50.

El material filtrante se descompone más o menos como sigue:

Dos hileras de ladrillos formando canale-

tas, sobre el piso de hormigón . . .	espesor 0 mts. 10
Una capa de pedregullo.	" 0 mts. 15
Una capa de arena gruesa	" 0 mts. 70
Una capa de arena fina	" 0 mts. 90
Agua	" 0 mts. 33
Desde la superficie del agua hasta la parte más alta de las paredes	" 0 mts. 32
Profundidad del filtro	" 2 mts. 50

Superficie y capacidad de los filtros.

Nueve filtros de 1.200 metros cuadrados cada uno. Total, 10,800 metros cuadrados.

A 10 centímetros por hora, los nueve filtros darán 25.920,000 litros en 24 horas.

A 15 centímetros por hora, los 9 filtros, darán 38,880 litros en 24 horas.

Filtros rápidos (americanos).

La Empresa ha construido últimamente en su establecimiento de Santa Lucía, dos filtros mecánicos modernos, conocidos también con la denominación de filtros rápidos, del sistema adoptado en varias ciudades principales, tanto de Europa como de Estados Unidos de América.

Estos filtros constan de un recipiente de cemento armado cuya profundidad es de unos 3 metros 30 y su superficie es de unos 30 metros cuadrados. Ese recipiente contiene la capa filtrante de arena gruesa o piedra de cuarzo molida al espesor de la arena. El espesor de esa capa es aproximadamente de 1 m. 20 y sobre ella va el volumen de agua que es de unos 2 metros de altura.

Cada filtro está provisto de una serie de válvulas, aparatos y cañerías accesorias para su funcionamiento.

La manera de filtrar es la misma que en los bien conocidos filtros de arena. La rapidez de filtración en el filtro mecánico puede regularse a voluntad; los dos filtros que la Compañía tiene en uso desde hace tiempo, con el mejor resultado, trabajan normalmente dando un total de 5,000,000 de litros por cada 24 horas, pero fácilmente podría obtenerse un total de filtración de 9 a 10,000,000 de litros, siempre en el tiempo de 24 horas y por los dos filtros en conjunto. Naturalmente que esta última cantidad se obtendría con agua del río en buenas condiciones y no después de lluvias.

Des ventajas fundamentales pueden mencionarse en favor del filtro mecánico, y ellas son: un filtro de arena ocupa una superficie de 1,200 metros cuadrados y la buena conservación de ese filtro exige el trabajo de varios hombres, mientras que un filtro mecánico no ocupa más que unos 50 metros cuadrados de superficie y con un solo hombre pueden atenderse varios filtros a la vez.

La limpieza del filtro mecánico se hace diariamente y por medios mecánicos, esto es, por medio de una corriente invertida de agua a alta presión y aire comprimido.

Máquinas de lavar arena.

La arena no se utiliza para los filtros hasta que esté completamente limpia.

Existen tres máquinas para lavar arena: una funciona a vapor y consta de un tanque de 1 y $\frac{1}{4}$ metro cúbico de capacidad. Aunque el tiempo que se emplea para lavar el contenido del tanque varía según la calidad de la arena, el término medio empleado es de 5 a 10 minutos por cada carga del tanque. Las otras dos máquinas funcionan hidráulicamente y lavan tres metros cúbicos de arena por cada una, más o menos.

Depósitos de agua filtrada.

Por simple desnivel el agua de los filtros pasa a los depósitos de agua filtrada, cuyo objeto es guardar el agua hasta

el momento necesario de bombearla a los depósitos de distribución, en la *Cuchilla de Pereyra*.

Estos depósitos son dos, y están sólidamente contruídos con paredes de piedra o concreto, rebocadas con cemento. Los pisos están contruídos con hormigón y cemento portland y tienen una ligera caída hacia los desagües. Son depósitos subterráneos completamente cubiertos por un techo de hormigón, arqueado, que descansa sobre un armazón de vigas y tirantes de hierro. Sobre el techo hay una capa de tierra de 40 centímetros de espesor, a objeto de conservar el agua fresca en los depósitos.

Las dimensiones y capacidad de cada depósito son como sigue:

Número	Largo (mts.)	Ancho (mts.)	Profundidad (mts.)	Capacidad (litros)
1	53.34	37.34	5	8.500,000
2	53.34	37.34	5	8.500,000
Total				17 000,000

Depósitos de distribución en la Cuchilla de Pereyra.

Existen actualmente en la Cuchilla de Pereyra, cinco grandes depósitos de distribución; están contruídos en la misma forma que los depósitos de agua filtrada en Santa Lucía (piedra y cemento, arena): son completamente impermeables y están techados.

Estos depósitos se conservan siempre llenos, como reserva y en previsión de algún accidente en las máquinas o líneas de bombeo, de manera que mientras en alguno de ellos entra el agua que se recibe de Santa Lucía, sale de otro el agua para el consumo de Montevideo, renovándose de este modo permanentemente, el agua contenida en esos depósitos. La altura a que están situados es aproximadamente de 85 metros sobre el nivel del mar, altura que permite suministrar agua por derivación a los edificios más altos de Montevideo.

En caso necesario, podría también bombearse el agua directamente desde Santa Lucía a las cuatro líneas de gravitación, sin hacerla pasar por ninguno de los depósitos mencio-

nados; al efecto, existe ya colocada en la Cuchilla de Pereyra, una válvula especial que incomunica los depósitos y da paso directo al agua que viene a Montevideo.

Como resumen, se da a continuación la capacidad de los depósitos a que se hace mención:

Depósito N.º 1	20.500,000 de litros
” ” 2	19.100,000 ” ”
” ” 3	20.400,000 ” ”
” ” 4	30.000,000 ” ”
” ” 5	30.000,000 ” ”
Suma.	120.000,000 de litros

Depósitos en la Blanqueada (Montevideo).

Dos depósitos de acero destinados a surtir de agua a los pueblos de la *Unión y Maroñas* (los puntos más altos de Montevideo).

Capacidad total de los dos depósitos: 500,000 litros.

En la actualidad estos depósitos se conservan en carácter de reserva, pues hace poco tiempo la Empresa instaló nuevas cañerías que arrancando de las líneas principales de la Avenida General Flores, suministran agua directamente a los pueblos arriba mencionados, no utilizando, por tanto, los depósitos de la Blanqueada sino en el caso de que alguna interrupción en las máquinas lo haga necesario.

Depósitos en el Cerrito de la Victoria.

En vista de que la instalación de una nueva cañería principal desde Las Piedras, como la Compañía tiene proyectado, habría demorado bastante tiempo, se adquirió últimamente la manzana N.º 99 del Cerrito de la Victoria, y se ha construido hace poco en ella un nuevo depósito de agua filtrada, de una capacidad de 10.000.000 de litros. Ese depósito ha sido construido en iguales condiciones que los que la misma Compañía tiene instalados en Las Piedras, ya descriptos.

De este nuevo depósito parten las líneas accesorias que le ponen en comunicación con una de las cañerías de gran diámetro que suministran agua a Montevideo (Avenida General

Flores). El objeto principal de este depósito es el de reforzar en las horas de mayor consumo la cantidad de agua circulante en las líneas principales, beneficiándose en primer término a las partes más altas de la ciudad, como ser la Avenida 8 de Octubre, Unión y Maroñas, que comprenden la zona en la que principalmente se ha hecho sentir falta de presión, en las horas indicadas.

Cañerías principales:

a) *Líneas de bombeo desde el establecimiento de Aguas Corrientes en Santa Lucía, hasta los depósitos de distribución en la Cuchilla de Pereyra.*

Primera línea de bombeo.—Cañería de hierro fundido, por la cual se bombea el agua desde el establecimiento de Santa Lucía hasta los depósitos de distribución en la Cuchilla de Pereyra.

Largo de la línea . . .	35,000 metros
Diámetro	0m61

Segunda línea de bombeo.—Cañería de acero, por la cual se bombea el agua desde el establecimiento de Santa Lucía hasta los depósitos de distribución en la Cuchilla de Pereyra.

Largo de la línea . . .	35,000 metros
Diámetro	0m76

Estas dos líneas permiten, en conjunto, suministrar por cada 24 horas, unos 50.000,000 de litros.

b) *Líneas de derivación de los depósitos de distribución (en la Cuchilla de Pereyra) a Montevideo.*

Primera línea.—De hierro fundido. Viene desde los depósitos por el Valle del Miguelete, Avenida General Flores y Avenida General Garibaldi.

Largo de la línea . . .	13,100 metros
Diámetro	0m457

Segunda línea.—De hierro fundido. Viene por el Camino de Mendoza y Avenida General Flores.

Largo de la línea . . . 14,900 metros
Diámetro 0m457

Tercera línea.—De hierro fundido. Viene por el Camino de las Tropas, Camino Real de las Piedras, Agraciada y Yaguarón.

Largo de la línea . . . 19,600 metros
Diámetro 0m457

Cuarta línea.—De hierro fundido. Viene por el Camino de las Tropas, Camino Real de Las Piedras, Camino Chacras del Miguelete, Camino Villaró, Millán, Caridad, Burgues, Reducto y Avenida General Garibaldi hasta José L. Terra.

Largo de la línea . . . 17,600 metros
Diámetro 0m610

La cantidad de agua que estas 4 líneas pueden suministrar conjuntamente, por cada 24 horas, es de unos 50,000,000 de litros.

Cañerías en la ciudad y alrededores.

Las cañerías de hierro de distribución puede decirse que en la actualidad alcanzan a toda la parte urbana de la ciudad y a gran parte de la suburbana, incluso los pueblos de la Unión, Maroñas, Ituzaingó, Colón, Peñarol, Cerro, Las Piedras y Carrasco.

El total de las cañerías de distribución mencionadas, que la Empresa tenía en uso a fines de 1919, era aproximadamente de 466,000 metros: los diámetros desde 5 hasta 45 centímetros. No se cuenta en ese total, ni las cuatro líneas principales de la Cuchilla de Pereyra a Montevideo, ni las dos líneas de bombeo desde Santa Lucía hasta la Cuchilla de Pereyra.

III

Calidad de agua

ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DEL AGUA DE SANTA LUCÍA, TOMADA
DE LAS CAÑERÍAS DOMICILIARIAS

El agua de abastecimiento de Montevideo es examinada diariamente en el Laboratorio de Bacteriología Municipal.

El cuadro siguiente expresa la riqueza microbiana durante estos 10 últimos años (1910-1919).

Concejo de Administración Departamental. Montevideo.

Dirección de Salubridad. Sección Bacteriología y Vacuna.

Promedio mensual y anual por centimetro cúbico de las bacterias del agua de consumo público de la ciudad de Montevideo

MESES	A Ñ O S									
	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919
Enero. . .	486	157	143	110	124	142	143	101	100	133
Febrero. . .	880	139	90	141	145	120	80	102	110	100
Marzo. . .	248	147	108	133	127	100	99	103	116	93
Abril. . .	102	79	149	131	201	201	100	73	83	102
Mayo. . .	84	100	105	144	149	87	87	133	116	178
Junio. . .	76	78	73	136	103	96	132	118	99	144
Julio. . .	77	53	66	126	100	93	206	106	140	145
Agosto. . .	64	72	101	150	139	118	108	125	135	151
Setiembre. .	94	44	144	105	102	154	90	155	67	175
Octubre. .	104	58	71	72	121	109	91	76	165	130
Noviembre.	134	76	121	91	103	222	130	105	103	143
Diciembre. .	63	66	147	87	104	200	118	103	106	90
<i>Prom. anual</i>	201	89	107	118	126	139	115	108	113	132

*Número de veces que ha sido aislado el bacilus Coli comunis,
en el agua de consumo público*

(Años 1910-19)

AÑOS	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1910 . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1911 . .	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1912 . .	4	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
1913 . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1914 . .	—	—	—	—	—	—	19	15	—	—	—	—
1915 . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
1916 . .	4	1	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—
1917 . .	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1918 . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1919 . .	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—

He aquí los datos que sobre este punto importante nos ha proporcionado el Director de dicho Laboratorio de Bacteriología, Profesor señor C. Carnelli:

“El agua del consumo público, según los análisis bacteriológicos efectuados, se ha mantenido en excelentes condiciones, dada la cantidad y especie de gérmenes aislados.

En lo referente a la cantidad de gérmenes aislados por centímetro cúbico, su cifra es bastante consoladora; basta echar una rápida mirada sobre los promedios anuales obtenidos, para darnos cuenta de que esta agua, según lo establece Miquel en su escala, estaría considerada como un agua pura.

En lo que concierne a la presencia de bacterias patógenas o sospechosas, se ha tratado de investigar periódicamente aquellos gérmenes cuyo rol es importante en la trasmisión de ciertas enfermedades, como ser: la tifoidea, etc.

Para estas investigaciones se han excluído los medios ordinarios de cultura, recurriendo a aquellos especiales y de mayores seguridades para la investigación de estos gérmenes patógenos.

En estos medios de cultura se han sembrado cantidades máximas de agua, llegándose a hacer siembras de 150 cc.; su investigación ha sido siempre negativa, a pesar de la gran cantidad de análisis efectuados.

En lo que atañe al bacilo de *Coli* comunis, este laboratorio trata de hacer investigaciones continuas para poder acusar su presencia; los resultados obtenidos son bastante consoladores, desde el momento que son muy pocas las veces que se encuentra este germen en las aguas; no obstante, las veces que ha sido aislado fué menester sembrar dosis altas para poderlo comprobar: la tabla que se adjunta nos indica de una manera terminante su presencia bien limitada por cierto, en el agua que consume nuestra población".

Ampliando la presente información, debemos decir en particular que, fuere cual fuere el procedimiento empleado, jamás ha podido acusarse la presencia del bacilo tífico (Eberth), en el agua de abastecimiento de Montevideo.

Investigaciones referentes a la calidad del agua distribuída en Montevideo y sus alrededores

Composición del agua de abastecimiento de Montevideo, tomada de las cañerías de distribución en la ciudad.

Hace años la Municipalidad fijó un límite para la proporción de *materia orgánica* que podría contener el agua para ser considerada en condiciones reglamentarias: este límite fué primeramente de *cinco miligramos* por litro, y más tarde fué reducido a *tres miligramos*. Pues bien: durante estos veinte años últimos, el agua no ha llegado a sobrepasar los tres miligramos marcados, a excepeón de algunos días de mayo de 1907, en que alcanzó la cifra máxima de *tres miligramos* 20, según investigaciones practicadas diariamente por la Oficina Municipal de Análisis, cuyo Director, el Profesor A. Peluffo, nos ha proporcionado los respectivos datos.

Los promedios anuales de los análisis practicados, *diariamente*, por el Laboratorio Químico Municipal durante los años 1910-1919, han sido los siguientes:

Promedios anuales de la composición del agua de abastecimiento de la ciudad de Montevideo

(Años 1910-1919)

DATOS DETERMINADOS	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919
Temperatura atmosf. (grád. centg.)	18.3	18.2	19.7	20.5	19.9	19.3	18.2	18.8	18.3	18.9
Temperatura del agua.	17.9	17.6	18.5	19.1	18.9	18.8	17.8	18.7	19.1	19.4
Dureza en grados franceses	9.7	8.6	7.7	6.5	6.9	9.0	11.2	10.1	10.7	9.4
	8.3	7.7	6.2	5.5	5.6	6.8	6.6	6.9	8.1	7.3
franceses	1.4	0.8	1.93	1.0	1.3	2.2	4.6	3.2	2.6	2.1
Materias orgán. en O (milg. por lit.)	1.82	1.61	1.77	1.77	1.45	1.70	1.74	1.88	1.6	1.70
Oxígeno disuelto (milig. por lit.)	8.87	9.08	7.90	7.07	8.14	7.41	7.7	7.89	8.6	7.89
Nitratos en N ² O ⁵ (milig. por lit.)	0.15	0.25	0.125	0.15	0.32	0.52	0.62	0.54	0.17	0.47
Nitritos en N ² O ³ (milig. por lit.)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Amoníaco salino en NH ³ (milg. p. lit.)	0.026	0.022	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.	V.
Residuo seco a 180° (milig. por lit.)	205.83	210.50	177.00	183.00	198.60	220.26	317.65	213.50	182.40	209.16

Además de los análisis de los cuales las cifras de los cuadros anteriores representan sus *promedios* (anuales) el mismo Laboratorio Químico Municipal practica también, *mensualmente*, un *análisis completo* que contiene, fuera de los datos antes consignados, los relativos a las cantidades de *potasa, sosa, cal, magnesia, sulfatos, cloruros, carbonatos, sílice, ácido carbónico libre y combinado*.

Dado el interés que podría despertar el conocimiento del resultado de esos análisis y no pudiendo transcribirlos todos, pues que abarcarían demasiada extensión en una publicación de este género, hemos optado por preparar un cuadro especial, inscribiendo en él, cada seis meses, uno de esos análisis mensuales (enero y agosto de cada año).

Análisis completos del agua de abastecimiento de la Ciudad de Montevideo. — Años 1910 a 1919

(Resultados en miligramos por litro)

	Potasio en K	Sodio en Na	Calcio en CaO	Magnesio en MgO	Sulfatos en SO_4Ca	Cloruros en NaCl	Carbonatos en CaHCO_3	Residuo seco a 180°	Silice en SiO_2	Acido carbónico total	Acido carbónico tipo	Amoníaco en NH_3	Nitratos en NaNO_3	Materias orgánicas en (C)	Dureza	
															Total	Permanente
1910	—	—	30.80	—	27.20	42.00	135.86	200.00	—	120.00	49.00	0.013	0.20	1.85	1190	1090
Agosto	—	—	53.20	—	20.40	67.00	106.74	280.00	—	108.00	77.00	0.013	0.10	1.80	1290	1095
1911	—	—	44.80	—	27.20	36.00	98.32	245.00	—	113.00	71.00	0.025	0.10	1.65	995	990
Agosto	—	—	50.00	—	20.40	56.00	84.36	240.00	—	126.00	61.00	—	0	1.50	1095	990
1912	—	—	19.60	—	40.80	32.00	48.32	267.00	—	39.30	17.30	—	0.20	1.60	595	390
Agosto	—	—	33.60	—	34.00	42.00	11.36	270.00	—	104.00	44.00	—	0.20	2.65	1195	990
1913	—	—	33.60	—	68.0	32.00	34.20	166.00	—	92.50	12.50	—	0.20	1.95	795	690
Agosto	—	—	33.60	—	51.40	26.00	—	—	—	74.00	62.30	—	0.10	1.40	695	595
1914	—	—	44.80	—	81.60	30.00	17.20	239.00	—	11.60	35.40	—	0.34	2.25	790	690
Agosto	—	—	28.25	—	91.80	38.00	22.18	175.80	14.60	65.40	16.00	—	0.20	1.20	796	696
1915	—	—	26.44	—	81.60	23.00	33.28	203.30	16.50	67.00	24.00	—	0.65	1.20	892	696
Agosto	—	—	14.24	—	64.00	70.00	63.15	225.40	19.30	153.70	47.00	—	0.40	2.35	1394	1096
1916	—	—	34.86	—	6.99	59.20	23.5	233.10	19.60	32.40	17.00	—	0.60	1.20	390	693
Agosto	—	—	43.73	—	26.20	81.00	55.66	323.20	11.70	185.50	69.00	—	0.65	1.90	1295	791
1917	—	—	2.42	—	6.20	74.00	41.58	196.30	14.60	82.00	30.00	—	0.40	1.60	694	398
Agosto	—	—	32.66	—	11.55	84.00	44.36	235.90	18.20	120.90	32.00	—	0.80	1.30	1096	895
1918	—	—	41.33	—	40.80	68.00	67.37	23.440	18.25	108.60	48.00	—	0.25	1.40	1390	894
Agosto	—	—	25.95	—	11.46	40.80	38.94	155.30	14.46	85.80	28.00	—	—	1.40	1095	898
1919	—	—	21.81	—	47.60	35.00	41.36	199.10	24.44	65.60	32.00	—	—	2.05	1093	892
Agosto	—	—	21.81	—	61.20	26.00	16.63	156.80	—	38.00	12.00	—	0.30	1.55	990	891

Vestigios

IV

Datos sobre el consumo de agua

En el año 1919, el total del consumo de agua en los días de verano fué de 26 a 32,000,000 de litros por cada 24 horas, llegándose a un máximo de 32,550,000 litros en un día, o sea en 24 horas. Pero tomando el consumo de todo el año 1919, el promedio diario resultó 22,330,000 litros.

Dado que el uso de aguas corrientes no es obligatorio, sino que está librado a la voluntad de la población, puede considerarse que los consumidores en *Monterideo* representan aproximadamente dos tercios de la población total (362,000 habitantes el 31 de diciembre de 1919).

En efecto: el promedio de servicios domiciliarios en operación por el año pasado, 1919, fué de 37,400; calculando que cada casa que tiene servicio esté habitada por seis personas, tendríamos 224,400 *habitantes* como cifra que representaría, aproximadamente, el número de consumidores de aguas corrientes.

El tercio de consumidores que no usan aguas corrientes estaría constituido principalmente por la población suburbana, es decir, la que vive en parajes a donde no llegan todavía ciertos servicios públicos, tales como adoquinado, caños maestros, luz eléctrica, etc.

No obstante, la tendencia es a la generalización del servicio, pudiendo casi decirse que a toda construcción moderna se la provee de instalación de aguas corrientes.

En los últimos trece años ha habido un aumento de 23 0/0 en la cantidad de agua consumida. Y con respecto al número de servicios, el aumento habido en el mismo lapso de tiempo ha sido de 24 0/0.

A continuación se dan algunos datos que demuestran el aumento que se ha operado en los últimos diez años, tanto en agua consumida como en servicios en operación.

AÑOS	Promedio de consumo diario	Consumo máximo en un día del año	Promedio mensual de consumo	Numero de servicios en operación
	Litros	Litros	Litros	
1910. .	11.272,000	17.586,000	342.694,000	21,718
1911. .	12.221,000	17.342,000	371.370,000	24,845
1912. .	13.758,000	25.610,000	419.477,000	27,535
1913. .	15.496,000	23.623,000	470.770,000	30,408
1914. .	15.183,000	21.005,000	461.502,000	31,257
1915. .	15.307,000	22.554,000	465.398,000	32,310
1916. .	17.374,000	24.752,000	529.747,000	34,340
1917. .	18.576,000	28.630,000	564.848,000	35,781
1918. .	20.139,000	28.260,000	612.472,000	36,743
1919. .	22.330,000	30.610,000	678.700,000	37,998

En el verano pasado llegó a suministrarse sin dificultad, hasta un máximo de 32,550,000 litros en 24 horas.

V

Abastecimiento e instalaciones en vías de ejecución

Actualmente se están llevando a cabo en las obras de la Empresa ampliaciones de importancia, según podrá verse a continuación:

Construcción de cuatro nuevos filtros en Santa Lucía.

Instalación, también en Santa Lucía, de dos poderosas máquinas adicionales, de triple expansión: una para bombear agua del río a los purificadores y otra para bombear agua filtrada hasta los depósitos de distribución en Las Piedras (Cuchilla de Pereyra).

Instalación en Las Piedras (Cuchilla de Pereyra), de máquinas para aumentar la presión en las líneas en las horas de gran consumo.

Colocación de un ramal de línea principal de 0m457 de

diámetro, por el Camino Corrales, arrancando de la Avenida General Flores y terminando en la calle S de Octubre y Pan de Azúcar (Unión).

Cuando estas obras estén terminadas, la Compañía podrá suministrar ampliamente unos 45 a 50,000,000 de litros por día.

VI

Servicios públicos gratuitos

La cantidad de agua que se suministra *gratuitamente* para servicios públicos, de acuerdo con los contratos celebrados con el Superior Gobierno, es muy considerable. Sólo entre el Prado, parques, plazas y plazuelas, hay unos 80 servicios gratuitos destinados a fuentes y riego que constan, en total, de unas 500 salidas de agua de diversos diámetros. Además funcionan, en la actualidad, 55 postes públicos para la gente menesterosa (35 en carácter de permanentes y 20 en carácter de provisorios).

El riego de calles y caminos produce también un considerable consumo que se provee gratuitamente. Este servicio se hace por medio de las regadoras municipales, las que se cargan por los llaveros de la Compañía en los distintos hidrantes que tiene distribuídos en sus líneas principales.

VII

Precio del agua.—Tarifa de consumo

El término medio de lo que paga por agua, cada casa que tiene servicio de aguas corrientes, es de \$ 2.20 mensuales.

La entrada total que la Empresa tuvo en el año 1919, por venta de agua, fué de \$ 970,000.

El total de agua bombeada durante el mismo año 1919 fué de 8,624,392 metros cúbicos.

Precio a que resultó como *término medio* el metro cúbico o sea los 1,000 litros de agua suministrada, \$ 0.11

La *tarifa* que rige en la actualidad es la siguiente:

Tarifa general.	\$ 0.18	los 1,000 litros
Alquiler de contador.	" 0.25	

Tarifa industrial	\$ 0.16	} los 1,000 litros con grandes consumos.
”	0.14	
”	0.12	
”	0.10	

Tarifa para reparticiones públicas, \$ 0.10 los 1,000 litros.

Usos municipales: riego de parques y jardines, riego de calles y caminos, postes públicos, etc., etc., *gratis*

2. SALTO (*)

No habiéndose encontrado ninguna fuente aprovechable, se impuso el recurrir al río Uruguay, cuyas aguas son dulces y de calidad química satisfactoria. La toma de agua está situada en el sitio conocido por Salto Chico, a unos tres (3) kilómetros aguas arriba de la ciudad, sitio que ofrece más garantías en cuanto a la contaminación y que es el único donde reaparece en el fondo del río la roca gredosa. Bajo el punto de vista bacteriológico, el agua no es muy contaminada, pero en ciertas épocas es bastante turbia, obligando, por consiguiente, a clarificarla y someterla a la purificación bacteriológica. Siendo bastante difícil la clarificación, como sucede en casi todos los ríos de América, para obtenerla no ha habido más remedio que acudir a la adición de un coagulante.

Se ha tomado como base para el cálculo de la provisión, 150 litros por habitante y por día y para una población de 23,000 habitantes, siendo susceptible de una ampliación futura hasta 46,000 habitantes.

Para evitar grandes gastos inútiles cuando se llegue a tener la necesidad de efectuar la ampliación de la red y la paralización de los servicios existentes, se ha previsto las canalizaciones maestras y las principales de distribución como también la canalización de impulsión, de un diámetro suficiente para satisfacer el consumo de los 46,000 habitantes previstos para el porvenir.

La toma de agua del río se efectúa por medio de un caño de fundición de 0m500 de diámetro, sostenido por una esco-

(*) La descripción relativa al «Servicio de aguas corrientes y alcantarillado» de Salto, Paysandú y Mercedes procede del Ministerio de Obras Públicas (Inspección General de la Dirección de Saneamiento).

llera de piedra. El extremo libre del caño está sumergido a un metro más abajo del nivel del agua producido durante las mayores bajantes conocidas. La boca de ese caño está protegida por una jaula de hierro que puede abrirse para permitir su limpieza. Inmediato a esa boca hay una válvula de retención que está instalada dentro de una cámara de forma rectangular de fábrica de hormigón de 5m15 de profundidad. En esta cámara, cuyo zampeado está al nivel de la boca toma, hay también una válvula de admisión, dos coladores de bronce gemelos, una válvula auxiliar y una de sumidero para desaguar en caso necesario dicha cámara. Dicha cámara para las bombas es impermeable y los aparatos descriptos son fácilmente accesibles y las válvulas pueden ser accionadas desde la cubierta de la cámara.

Pasando por esa cámara el agua es extraída por medio de un caño de aspiración, por bombas centrífugas con caja seccionada de doble aspiración, directamente acopladas por medio de engranajes de reducción a turbinas a vapor de condensación, de alta velocidad, instalado todo en un pozo sito en la Casa de Máquinas, a 7m50 de profundidad, que obedece a la topografía del terreno y al nivel de las mayores crecientes del río conocidas. Esas bombas centrífugas extraen el agua del río y la llevan a unas cámaras de mezcla, construídas para un período de treinta minutos con el coagulante que generalmente es sulfato de alúmina. Producida la mezcla del agua con el coagulante, pasa entonces a los tanques de decantación, hechos de hormigón armado, divididos en dos compartimientos por tabiques adecuados para un período de seis horas, habiendo dado un resultado hasta la fecha completamente satisfactorio.

De las cámaras de decantación pasa el agua a la planta de filtros que están situados casi contiguo a ellas. Hay cuatro filtros completos construídos de cemento armado, teniendo cada uno una superficie de diez y ocho metros. El edificio donde están los filtros está constituido así: a) los filtros ya referidos, que son del sistema más moderno y eficaces, con sus combinadores maestros y auxiliares del tipo Earl reformado; b) el local de maniobras con sus mesas de operaciones de donde se accionan todas las válvulas por medio de fuerzas hidráulicas provistas de bombas de ensayo; c) el local para

la química, con sus cámaras mezcladoras de coagulantes, que están provistas de aparatos de alimentación de la dosis química proporcional y automática; d) de un laboratorio químico y bacteriológico; e) la oficina con los distintos indicadores de nivel del agua de los diferentes depósitos. En la planta baja del edificio de los filtros existe la comodidad necesaria para el depósito de coagulantes y materias lubricantes; la galería de cañerías, válvulas hidráulicas, y una bomba centrífuga acoplada directamente a una turbina, destinada para el lavado de los filtros, empleando el agua filtrada que la extrae de un depósito auxiliar que está situado debajo de la galería de cañería y que tiene una capacidad de ochenta (80) metros cúbicos. Ese depósito auxiliar se comunica por medio de un caño de fundición de cincuenta centímetros de diámetro con el depósito principal de agua filtrada, que tiene quince (15) metros de diámetro y seis (6) metros de profundidad y una capacidad de ochocientos veinte (820) metros: construido de hormigón armado y provisto de caño de rebalse, puerta de acceso, escalera, válvula de retención, etc.

Del depósito principal de agua filtrada se extrae el agua y se eleva,—por medio de bombas dobles de alta presión, de triple expansión, horizontales de acción directa, con una capacidad de 5,640 litros por minuto,—a los tanques que distribuyen por gravitación el agua a la red de cañerías de la ciudad.

La maquinaria de instalación motriz es duplicada y dividida en dos grupos, de manera que cualquier máquina de un grupo puede funcionar con cualquier unidad del otro grupo. Dicha instalación comprende dos calderas de ciento cincuenta caballos de fuerza, provistas de conductos horizontales que se relacionan con una chimenea de palastro de 1m20 de diámetro y veinticuatro (24) metros de altura. Hay, además, dos bombas de alimentación y un recalentador para el agua de las calderas. Toda la maquinaria trabaja con condensación. Cada uno de los dos condensadores de superficie está provisto de una bomba combinada de acción directa para aire y circulación.

En la casa de máquinas hay también instalado para fines de alumbrado interior y exterior de todas las plantas de edificios y para fuerza motriz en el taller de reparaciones.

etc., dos dinamos de corriente continua, acoplados directamente a máquinas de vapor verticales.

El taller mecánico de reparaciones está dotado de las correspondientes máquinas y herramientas, como ser: torno, taladro, esmeriladores, fragua, yunque y demás elementos auxiliares necesarios en un taller de esta índole.

En la casa de maquinarias, además de los locales para calderas, de bombas y taller mecánico, hay un cuarto de baño y un depósito para combustible con su vía de trocha angosta con plataforma giratoria, sobre la que circulan las vagoneas con el combustible.

Los edificios de cada planta, descriptos, se comunican entre sí y presentan en conjunto un aspecto sencillo y adecuado. Frente a cada edificio hay jardines, una instalación de alumbrado moderno y una fuente artística.

En la Avenida Independencia, y correspondiendo con la prolongación de la calle Grito de Asencio, que es donde se encuentra uno de los puntos más altos de la ciudad del Salto, existe un primer tanque de distribución, construido con planchas de acero de forma cilíndrica, teniendo treinta metros de alto y diez metros de diámetro. Un segundo tanque de distribución de la misma forma, naturaleza y altura del primero, pero sólo de nueve metros de diámetro, hay en otro punto alto o sea en la esquina S. E. formada por las calles Piedras y Varela, que se ha ejecutado para suplir al primero en las horas de mayor consumo. La capacidad efectiva de los dos tanques es de cuatro mil trescientos metros.

La red de distribución de agua comprende: una tubería principal de 0m600 y 0m450 de diámetro, uniendo los dos tanques. De esta tubería principal arrancan los caños de circunvalación situados en las calles 19 de Abril, 25 de Mayo, San Antonio, Rivera, Colón y Reconquista. De los caños principales y de circunvalación salen varios caños secundarios que vuelven a unirse a él. Entre los caños de circunvalación y los secundarios se han colocado canalizaciones transversales en todas las calles, constituyendo así una red con mallas completas, cuyos elementos reciben en sus extremidades el volumen de agua necesario a su servicio y que proviene de los caños de diámetro superior. Esto permite mantener en las horas de mayor consumo una presión constante, y,—por me-

dio de válvulas juiciosamente colocadas,—permite también el aislamiento de cada elemento de la red en caso de reparación, sin que se suspenda el servicio en un largo trecho de la misma. A la red de distribución están anexos los aparatos para el servicio público, como ser: bocas de incendio, de limpieza y de riego, que se hallan repartidas según la densidad de la población e importancia de las zonas. Además, se han colocado postes surtidores y fuentes higiénicas de uso público, repartidos por toda la ciudad, en modo especial en los barrios retirados, donde los escasos habitantes no tendrán el agua corriente en sus casas, en las plazas públicas y frente a algunas escuelas del Estado.

En resumen, la instalación para el abastecimiento de agua potable a la ciudad del Salto, comprende:

- a) Cañería de fundición de diámetro variable de 0m600 hasta 0m100, en un largo total de 38 km. 532m30.
- b) Dosecientas cincuenta y siete (257) válvulas de interrupción, de diámetro variable desde 0m600 hasta 0m100 con sus correspondientes registros y bocallaves.
- c) Seis (6) válvulas de descarga, cuyos diámetros varían de 0m600 a 0m100 con sus correspondientes bocallaves.
- d) Cuatro (4) válvulas de aire.
- e) Ochenta y una (81) bocas combinadas de incendio y limpieza.
- f) Un tanque de distribución de planchas de acero de 2,300 metros cúbicos.
- g) Un tanque de distribución de planchas de acero de 2,000 metros cúbicos.
- h) Una usina elevadora.
- i) Una instalación para la filtración del agua.
- j) Treinta y dos (32) postes surtidores y de riego de uso público.

3. PAYSANDÚ

En vista de la ausencia en la región de fuentes aprovechables, se impuso el recurrir al río Uruguay para el aprovisionamiento, cuyas aguas, como ya se ha dicho, son dulces y de calidad química satisfactoria. Se estudió también la posibilidad de tomar las aguas del río Queguay, que pasa a unos

25 kilómetros de la ciudad y donde existe una caída importante; pero, si en verdad se puede utilizarla como producción de fuerza, no hay ninguna ventaja en emplear sus aguas para la provisión de la ciudad, desde que su nivel es de pocos metros más elevado que el río Uruguay y su agua es por lo menos tan turbia, y, además, para conducirla a la ciudad habría habido que hacer un recorrido de 25 kilómetros. Por dichas condiciones se resolvió tomar el agua del río Uruguay en la proximidad de la ciudad, en un sitio ubicado aguas arriba de ella, a unos 700 metros de la Rambla Norte. En este sitio es donde la roca aparece en las orillas y es el que ofrece más garantías en lo que se refiere a la contaminación.

Todo lo que se ha expuesto al describir las obras para agua potable de la ciudad del Salto, habría que repetirlo aquí, desde que se ha seguido en todos los detalles los mismos procedimientos y sistemas empleados en esa ciudad.

Los tanques de distribución son de la misma naturaleza y forma que los de Salto. El tanque de mayor capacidad (2,300 metros), está situado en un terreno que forma esquina con las calles Monte Caseros y Pastor, por ser uno de los puntos más altos de la ciudad de Paysandú. El otro tanque de distribución está situado en otro terreno alto, que forma esquina con las calles Artes y Río Negro, teniendo un diámetro de 7m50 y una capacidad efectiva de mil cuatrocientos veinticinco metros (1,425 m.). Estos tanques,—lo mismo los del Salto,—están provistos de escaleras exteriores en espiral e interiores giratorias, aparatos indicadores gráficos de nivel del agua, válvulas, etc.

Las instalaciones para el abastecimiento de agua potable a la ciudad de Paysandú, comprenden:

- a) Cañería de fundición de diámetro interior variable entre 0m600 y 0m100, en una longitud total de 52 kms. 046m08.
- b) Válvulas de interrupción en número de cuatrocientas diez y siete (417) de diámetros variables entre 0m600 y 0m100 con sus correspondientes registros y bocallaves.
- c) Válvulas de descarga en número de diez (10).
- d) Ciento ochenta y nueve (189) bocas combinadas de incendio y de limpieza.

- e) Un tanque de distribución de planchas de acero de 2.300 metros cúbicos.
- f) Un tanque de distribución de planchas de acero de 1.425 metros cúbicos.
- g) Una usina elevadora igual a la del Salto
- g) Una casa de filtros igual a la del Salto.
- i) Cincuenta y dos (52) postes surtidores y de riego de uso público.
- j) Tres (3) válvulas de aire.
- k) Dos (2) fuentes higiénicas.

4. MERCEDES

La ciudad de Mercedes, cuya población es de unos 16.000 habitantes, está situada sobre una zona de terreno con pendientes suaves inclinadas hacia el río Negro y está dominada al este por colinas más elevadas que la ciudad misma. Toda la región, débilmente ondulada, está formada de piedra calcárea tierna, caracterizada por la ausencia de fósiles aparentes, cuya superficie se encuentra recubierta por una débil capa de arcilla roja (la cual proviene, sin duda, de la decalcificación de la roca). Este macizo calcáreo se introduce directamente en el río Negro, aguas arriba de la ciudad, de modo que no hay aluviones en el valle. No puede existir, pues, corriente de agua subterránea alguna en la ribera del río, y por este motivo se desechó de por sí la idea del establecimiento de galerías o pozos filtrantes en la margen del mismo.

Por otra parte, no se encontraron fuentes a distancia conveniente de la región, y el único medio que quedaba para proveer a la ciudad de agua en abundancia, resultó ser u obtenerla directamente del río Negro, o, como se hizo, de su afluente el arroyo Bequeló, transformándola en agua potable por un tratamiento apropiado. El agua del río Negro y del Bequeló (que tienen la misma composición en los alrededores de su confluencia) es muy dulce y casi sin cloro.

Fatalmente, como en toda agua que corre sobre la superficie del suelo, las materias orgánicas son bastante abundantes y los microbios numerosos, siendo el agua casi siempre turbia, siendo menester, pues, antes de distribuir esa agua,

proceder a su clarificación y a su depuración bacteriológica. La clarificación de semejante agua es una operación difícil, y es necesario en todos los momentos (como se hace con las aguas del río de la Plata en Buenos Aires, del Paraná y también con la de numerosos ríos del continente norteamericano) efectuar la adición de un coagulante (que es casi siempre sulfato de alúmina) y en proporción que varía en razón directa con la turbiedad del agua.

La boca-toma del agua está situada en un paraje que se encuentra en el arroyo Bequeló a unos 1,200 metros aguas arriba del antiguo embarcadero de ganado Liebig's que está casi en la prolongación del terraplén de la Estación del ferrocarril.

Todos los demás detalles que comprenden las obras de agua pectable de la ciudad de Mercedes son idénticos a los del Salto; así es que se considera inútil repetirlos.

El tanque de distribución que está situado sobre la cumbre de una de las colinas más altas y más próxima a la ciudad, almacena cuatro millones de litros de agua y está dividido con un muro en dos partes iguales, para permitir la limpieza o reparación de uno cualquiera de los compartimientos sin interrumpir la provisión de agua a la ciudad. Existen dos cámaras de llaves: una a la llegada del agua y la otra a la salida, cada una con un juego de válvulas para enviar a voluntad el agua al uno o al otro compartimiento. De cada lado del mencionado muro hay un caño de fundición de 0m30 con su entrada a un nivel igual al superior previsto para la superficie del agua en el caso de desborde. El zanjeado de cada compartimiento tiene un declive hacia un pozo de limpieza de donde arranca un caño de desagüe. El tanque, que está, se puede decir, enterrado en el terreno que ocupa en la colina, es de forma rectangular; tiene los muros laterales y divisorio, y el zanjeado, contruídos de hormigón de cemento portland; la cubierta del tanque es de cemento armado sostenida por vigas de acero y columnas de hierro fundido; sobre la cubierta hay una capa de tierra de sesenta centímetros de espesor medio, para proteger del calor las aguas del tanque y mantenerlas en las mejores condiciones termométricas posible.

La red de distribución consiste en una tubería principal

de 0m500 de diámetro, que parte del tanque de distribución, llega hasta la calle Lavalleja, de donde arranca un caño secundario, después sigue por la calle Lavalleja hasta Coquimbo. A esta tubería se conexiona dos caños de circunvalación: uno que se dirige al oeste siguiendo las calles Coquimbo, Colón, Yí y 25 de Mayo, hasta Avenida Asencio (antes Río Negro) y el otro que se dirige al este, siguiendo las calles Lavalleja (antes Laureles) y Avenida Asencio hasta 25 de Mayo, donde se junta con el primero, cerrando así toda la zona principal de distribución. Del primer caño de circunvalación salen hacia el oeste tres caños secundarios que vuelven a cerrarse con el primero. Del segundo caño de circunvalación salen con dirección al este varios caños secundarios que vuelven a unirse a él. Esta disposición de canalizaciones cerradas permite la alimentación directa o inversa de toda la superficie servida por cada una. Entre los caños de circunvalación y los secundarios existen canalizaciones transversales en todas las calles servidas, constituyendo así una red con mallas completas, cuyos elementos reciben en sus extremidades el volumen de agua necesario a su servicio que les viene de los caños de diámetro superior.

Las instalaciones para la provisión de agua potable a la ciudad de Mercedes, comprenden:

- a) Cañerías de fundición de diámetros interiores variables, desde 0m500 a 0m100, con un largo total de 57 kms. 718 metros.
- b) Válvulas de interrupción en número de trescientas cincuenta y seis (356), de diámetros variables, desde 0 m 500 a 0m100, con sus correspondientes registros y bocallaves.
- c) Válvulas de descarga en número de nueve (9) cuyos diámetros varían de 0m400 a 0m100, con sus correspondientes bocallaves.
- d) Noventa y ocho (98) hidrantes o bocas de incendio y de limpieza.
- e) Un tanque de distribución dividido en dos compartimientos iguales, con 2.000 metros de capacidad cada uno.
- f) Una usina elevadora igual a la de Salto.
- g) Una casa de filtros igual a la de Salto.
- h) Sesenta y siete (67) postes surtidores de uso público.

- i) Tres (3) válvulas de aire.
- j) Dos (2) fuentes higiénicas.

II

Alcantarillado (MONTEVIDEO, SALTO, PAYSANDÚ, MERCEDES)

a) ALCANTARILLADO DE MONTEVIDEO

- I. Antecedentes.
- II. Construcción de la red cloacal.
- III. Tipo general de los colectores de la “Empresa de Arteaga”.
- IV. Colectores del Puerto.
- V. Resumen de las canalizaciones de que consta el alcantarillado, en la actualidad.
- VI. Sobre municipalización de la red cloacal.
- VII. Instalaciones domiciliarias.

ANOTACIONES RELATIVAS AL ALCANTARILLADO DE MONTEVIDEO

I. Antecedentes

La propuesta inicial para el establecimiento de cloacas o caños maestros en la ciudad de Montevideo, data del 18 de septiembre del año 1852, y fué presentada al Gobierno por el señor Juan José de Arteaga.

Atentos los informes producidos por las autoridades técnicas en la materia, el Inspector de Obras Públicas y la Comisión Topográfica, y de conformidad en todo con la vista fiscal, el Poder Ejecutivo, con fecha 20 de octubre de 1854, dictó un decreto acordándole al señor de Arteaga la autorización solicitada para la construcción de los caños maestros. El 31 de octubre de ese mismo año siendo Presidente de la República el brigadier general don Venancio Flores, se firmó ante el Escribano de Gobierno y Hacienda la escritura pública correspondiente.

El 14 de julio de 1855 la Honorable Asamblea General sancionó la ley sobre construcción de caños subterráneos, autorizando al Poder Ejecutivo para contratar la ejecución

de dichas obras sobre las bases de las propuestas presentadas por don Juan J. de Arteaga.

El 20 de diciembre de 1850 se firmó el contrato de construcción de caños maestros, celebrado por la Junta Económico-Administrativa con el expresado señor de Arteaga.

Posteriormente la misma Junta contrató con la Empresa de caños maestros, representada igualmente por el señor de Arteaga, la prolongación de dichos caños en distintas zonas de la ciudad, así como también la ejecución de las obras de saneamiento de varios núcleos importantes de población del departamento de Montevideo, como Estanzuela, Pocitos, Unión, etc.

El 28 de julio de 1913 el Poder Ejecutivo promulgó la ley encomendando a la Junta Económico-Administrativa de la Capital el estudio, construcción y conservación de alcantarillado de Montevideo, y el 29 de diciembre de 1917 se firmó la escritura de compraventa de la susodicha *Empresa de caños maestros*, la que fué adquirida por la Municipalidad.

II. Construcción de la red cloacal

Montevideo ha sido la primera de las ciudades de Sud América que ha podido realizar uno de los grandes postulados de la higiene: la evacuación rápida, el alejamiento de los líquidos residuarios provenientes de sus edificios y de las aguas pluviales, construyendo, al efecto, el alcantarillado de la ciudad, sistema unitario (“tout à l’égout”).

La circunstancia ventajosa de presentar nuestra Capital casi todo su perímetro bañado por las aguas del estuario, que, por su enorme caudal y su composición, son sumamente aptas para properecionar la más higiénica dilución y extinción de los detritus, así como también la inclinación apropiada de su terreno, se prestaron admirablemente para la instalación de la *cloaca integral*, accionada simplemente por la gravedad, obra que, como se sabe, desde la más remota antigüedad constituye la más perfecta solución para resolver este problema del saneamiento urbano.

III. Tipo general de los colectores de la Empresa Arteaga

La forma de sección de las cloacas es la de un huevo invertido, es decir, con la punta hacia abajo.

Respecto a detalles de su construcción, tomamos los siguientes datos ilustrativos de un informe producido por el Ingeniero Municipal, a solicitud del Consejo Nacional de Higiene, en el año 1898: “los pies derechos y la base son construídos con piedra y mezcla de arena, portland y cal; la capa inferior se compone de una capa de hormigón de 0m20 de espesor, sobre la que se coloca el piso formado por un arco de ficholos de canto de 0m15 de ancho; la parte superior la forma una bóveda de medio punto, de ladrillo, y de 0m30 de espesor; la superficie interna del caño lleva un primer reboque rústico, hecho con mezcla de portland y arena; una vez seco éste, se coloca el segundo reboque que se fratesa de manera que la superficie quede bien lisa. Todos los materiales empleados en esta clase de obras son de primera calidad y el trabajo es ejecutado por un personal competente; la impermeabilidad está asegurada, salvo algún caso extraordinario.

“Los caños primitivos eran de los llamados de tapa, es decir, de sección rectangular, y cubiertos en la parte superior por una serie de losas, pero más tarde fueron reformados construyéndoles los arcos en la parte superior e inferior y poniéndolos en las mismas condiciones de los que antes hemos descrito.”

La Empresa concesionaria fué extendiendo la red cloacal paralelamente al desarrollo progresivo de la ciudad y mejorando también los procedimientos constructivos. Aun cuando la red de alcantarillado establecida haya podido pecar, a juicio de los técnicos respectivos, de determinados defectos, la realidad de los hechos demuestra que la instalación sanitaria de la referencia llenó siempre, satisfactoriamente, su misión fundamental, cual es la de asegurar con la mayor regularidad la evacuación domiciliaria y desagüe pluvial de la ciudad.

IV. Colectores del Puerto

La construcción del Puerto de Montevideo vino a plantear la solución de un importante problema anexo: librar a las aguas de la habia de Montevideo, sede del Puerto, de los desagües insalubres vehiculados por una parte del alcantarillado del que nos hemos venido ocupando.

De ahí que, conjuntamente con el proyecto portuario, se formulara el proyecto de las obras subterráneas que deberían ejecutarse en la ciudad para resolver tan importante cuestión.

El ingeniero francés M. A. Guerard, reputada eminencia científica, tuvo a su cargo el superior contralor de todos los proyectos y obras, incluso lo referente a dicha parte sanitaria.

Hay ya varios años que esas obras importantes se encuentran terminadas y en pleno funcionamiento.

Por un lado, costearo la bahía en la parte ocupada por el Puerto, un colector de más de 2.000 metros de longitud se encarga de recibir el desagüe de todos los caños que antes evacuaban su contenido en la costa, y lo conduce al sud de la ciudad, y, por otro lado, un *emisario* o *colector-túnel*, cruzando la ciudad de norte a sud, bajo la Avenida Rondeau, conduce también a la costa sud otro conjunto de desagües que eran vertidos en la misma bahía.

Como lo hemos dicho, estas obras sanitarias que se han realizado, revisten mucha importancia, especialmente el mencionado colector-túnel, perforado en pleno granito, de 3m65 de altura por 3 metros de ancho y que pasa a una profundidad de 33 metros por debajo de la estatua de la Libertad erigida en el centro de la Plaza Cagancha.

Esta red de saneamiento ha costado más de un millón de pesos.

V. Resumen de las canalizaciones de que consta el alcantarillado

Por intermedio de una de las oficinas dependientes del Concejo de Administración Departamental (División de Amanzanamiento y Saneamiento, de la Dirección de Obras Municipales), hemos obtenido los siguientes datos:

(Resumen de las canalizaciones de que consta el alcantarillado de Montevideo, en agosto de 1920)

Perfiles especiales:

Emisario, túnel de 3m65 de ancho por 3 mts.	
de ancho	mts. 1,435
Colectores de 2 mts. a 2m50 de altura por 1m32	
a 2m50 de ancho	" 2,295

Coletores de 1m20 a 1m85 de altura por 1m32	
a 2m40 de ancho	mts. 1,884
Coletores de 0m60 a 1m10 de altura por 0m70	
a 1m30 de ancho	" 1,867

Perfiles de la ex Empresa de caños maestros:

Coletores de 1m70 de altura por 1m30 de ancho	mts. 16,616
Coletores de 1m30 de altura por 0m85 de ancho	" 177,286

Perfiles circulares:

Coletores de más de 0m30 de diámetro . .	mts. 9,286
Coletores de 0m36 o menos de diámetro . .	" 21,476
Suma.	mts. 232,145

(Vertedores y colectores de aguas pluviales)

De 2m34 a 2m65 de altura por 2m80 a 3 mts.	
de ancho	mts. 317
De 1m20 a 1m85 de altura por 0m85 a 3m50	
de ancho	" 2,234
De 0m90 a 1m10 de altura por 0m60 a 1m80	
de ancho	" 1,531
Circulares de 0m30 a 0m50.	" 118
Suma.	mts. 4,200

VI. Sobre municipalización de la red cloacal

Según lo hemos hecho notar, el 28 de julio de 1913 fué promulgada la ley que establece que, en adelante, quedará a cargo de la Junta Económico-Administrativa de la Capital el estudio, construcción y conservación del alcantarillado de Montevideo.

Se declara obligatoria por la expresada ley la toma del servicio cloacal domiciliario para cada casa, edificio o construcción independiente situado en el trayecto del caño maestro que construya la Municipalidad.

(Expropiación de la Empresa de Caños Maestros)

El 29 de diciembre de 1917, ante el Escribano de Gobierno fué firmada la escritura de compraventa por la cual el Municipio de Montevideo, en cumplimiento de la ley antes indicada, adquiere todos los derechos de acreedor y demás que le corresponden a la susodicha Empresa de caños maestros, por leyes o concesiones sobre los caños, comunicaciones y demás obras de saneamiento de la ciudad que ha construído esa Empresa.

VII. *Instalaciones domiciliarias*

Ampliando esta breve información sobre el alcantarillado de Montevideo, agregaremos que, como consecuencia de una excelente Ordenanza municipal, promulgada con fecha 20 de septiembre de 1912, las *instalaciones sanitarias domiciliarias* se construyen hoy con la mayor perfección.

En la formulación de los proyectos, y durante la ejecución de las instalaciones, la autoridad competente impone todos los requisitos exigidos por la técnica sanitaria moderna.

La calidad de los materiales, la regularidad de los niveles, las conexiones, etc., etc., son minuciosamente contraloreadas, y las tuberías son sometidas en presencia de los inspectores a las pruebas de presión hidráulica y de insuflación de humo para determinar su grado de impermeabilidad y resistencia. Si a esto se agrega que la más perfecta inspeccionabilidad de los conductores y artefactos es rigurosamente impuesta en las instalaciones por la susodicha Ordenanza, es fácil advertir el perfeccionamiento alcanzado en Montevideo, en la parte relativa al *drenaje domiciliario*.

B) SALTO

Dada la importancia cada día más creciente de la ciudad del Salto, se resolvió dotarla del sistema unitario, y, por consiguiente, todas las aguas de lluvia son recogidas por las cloacas, reportando así un beneficio para dicha ciudad.

Los declives naturales del suelo permiten realizar económicamente la red de cloacas, aprovechándose de la simple

gravedad para alejar de la ciudad las aguas servidas y pluviales.

Para salvar las dificultades que presentaban los arroyos Ceibal y Sauzal, se construyeron sifones para pasar los colectores por debajo de dichos arroyos. Antes de cada sifón hay vertederos de descarga, por los cuales va directamente a los arroyos o al río Uruguay el exceso de aguas que traen los colectores en las épocas de lluvias de importancia excepcional. Esos vertederos tienen la disposición y dimensiones convenientes para que en los casos de necesidad se puedan echar directamente al río la totalidad de las aguas. Existe también, antes e inmediata a cada sifón, una cámara de arena para la decantación. Los sifones están constituidos por una doble tubería de fundición de 0m800 de diámetro, de modo que cada una de las dos esté siempre en estado de funcionar en caso de necesidad de limpiar la otra. Para facilitar esa limpieza existen en cada tubería dos cámaras de visita, habiéndose ejecutado esta mejora en uno de los sifones del arroyo Sauzal y en los dos del Ceibal, por ser éstos los de mayor longitud. En cada sifón hay una cámara de origen y otra de salida, aguas arriba y abajo del sifón respectivamente. Las cámaras de origen están construídas de modo que al recibir las aguas del colector las puede distribuir a una o a otra de las tuberías del sifón, utilizando, al efecto, un juego de viguetas de madera. Tienen, además, unas rejas de hierro para impedir que ciertos desperdicios flotantes puedan ser introducidos en el sifón, y una compuerta de hierro colocada a la entrada de cada tubería que sirve para aislar a una de ellas mientras la otra funciona; estas compuertas tienen un dispositivo que permite la maniobra desde la parte superior y exterior de la cámara. Las cámaras de salida de los sifones son casi idénticas a las de origen, pero se diferencian en que no llevan ni rejas ni compuertas de hierro. Las cámaras subterráneas de arena (decantación) que hay aguas arriba e inmediatas a los sifones y en la desembocadura de los colectores en el río Uruguay, tienen por objeto recoger las materias sólidas, como ser: arenas, piedras, etc., que traigan las aguas, y antes de que pasen por los sifones o que sean entregadas al río Uruguay. Están construídas esas cámaras por dos fosos de large variable de 1m50 de ancho por 2 mts. de

profundidad cada uno, en cuyas extremidades se coloca el juego de viguetas de madera que ya se ha mencionado.

Habiéndose, como ya se ha dicho, aprovechado los declives naturales, se consiguió asegurar económicamente, a las aguas cloacales, la velocidad requerida para que arrastren las arenas y desperdicios. Se aplicó el sistema de zig zag para las canalizaciones, y así se ha conseguido conservar sensiblemente una misma velocidad en las aguas de una misma canalización. En otros tres puntos de los colectores existen también vertederos de descarga para los casos de lluvias extraordinarias.

En la prolongación hacia el oeste de la calle Varela, a unos quinientos metros (500 mts.) aguas abajo del Puerto, es que salen todas las aguas que llevan los colectores, y en la extremidad del colector principal, antes de la desembocadura, existe una cámara de arena y otro vertedero. En dicha extremidad hay un caño de fundición de ochocientos milímetros (0m800) de diámetro, que penetra en el agua del río y descansa en su lecho, estando la boca de evacuación a un nivel tal, que nunca queda al descubierto.

La ciudad está dividida en siete zonas (7) y cada una de éstas está servida por un colector que recibe las canalizaciones de la superficie de la zona a que corresponde y va a reunirse con los otros colectores, para desaguar directamente en el río Uruguay.

En cada origen de canalización hay cámaras de limpia automática de 500, 1,000 y 2,000 litros, con las cuales se consigue limpiar periódicamente el alcantarillado, realizándose descargas intermitentes cada cuatro (4) horas.

Las canalizaciones son de los diámetros de 0m200 a 0m600 y en cada zona recogen las aguas servidas domiciliarias y además las pluviales procedentes de las calles, techos, azoteas y patios, las que van a evacuarse en los colectores secundarios de las zonas correspondientes.

Además de las obras mencionadas hay otras especiales e instalaciones que son necesarias para asegurar una perfecta explotación de la red, como ser: boca de tormenta y pozos de visita (registros).

Están construídas todas las conexiones domiciliarias con tubos de 0m15 de diámetro, comprendidas entre el paramen-

to exterior de los edificios y las canalizaciones o los colectores. Previendo que haya que construir nuevas conexiones, se han ejecutado en las canalizaciones una gran cantidad de dispositivos.

Numcración y extensión de las diferentes obras de la red cloacal

- a) Colectores principales y secundarios, cuya longitud total es de 5 km. 144m54 (incluso las canalizaciones de descarga).
- b) Las canalizaciones de 0m200 a 0m600 cuyo largo total es de 24 km. 093m15.
- c) Siete (7) canales de descarga de los colectores principales.
- d) Siete (7) vertederos de tormenta: 4 de 1,600 litros, 2 de 1,400 y 1 de 800 litros para descargar los colectores.
- e) Ocho (8) sifones, 4 debajo del arroyo Ceibal y 4 del Sauzal.
- f) Ciento cuarenta y tres (143) cámaras de visita o registros sobre canalizaciones.
- g) Cuarenta (40) cámaras de visita sobre colectores.
- h) Doce (12) cámaras de visita sobre sifones.
- i) Ocho (8) cámaras de origen y de salida de los sifones.
- j) Ochenta y nueve (89) bocas de tormenta.
- k) Nueve (9) cámaras de arena, una antes de la desembocadura de los colectores y ocho antes de los sifones.
- l) Mil setecientos cincuenta y una (1,751) conexiones domiciliarias entre el paramento exterior de los edificios y la red general.
- m) Veintiuna (21) cámaras de limpia de 500 litros.
Veintionatro (24) cámaras de limpia de 1,000 litros.
Diez y siete (17) cámaras de limpia de 1,500 litros.
Nueve (9) cámaras de limpia de 2,000 litros.

La red de cloacas se ha construído para servir únicamente la parte edificada actualmente, que representa una superficie de unas 210 hectáreas y una población de 23,000 habitantes. Los colectores y canalizaciones fueron calculadas para recibir, además de las aguas provenientes de la parte que actualmente está edificada, el contingente de las aguas residuales y

meteoricas del ensanche futuro previsto. La superficie total de la ciudad con el ensanche futuro alcanzará a 420 hectáreas y la población a 46,000 habitantes.

C) PAYSANDÚ

Esta ciudad es también una de las más importantes de la República; ocupa una magnífica posición sobre el río Uruguay. Se adoptó—lo mismo que para el Salto—el sistema unitario, y dado los favorables declives naturales del suelo que permiten, establecer económicamente la red de cloacas, se aprovechó de la simple gravedad para alejar de la ciudad las aguas servidas y pluviales. Las canalizaciones secundarias de las calles empalman en los colectores principales que contornan la ciudad y se reúnen en la calle Progreso en un solo colector, que hace oficio de emisario hasta el Callejón de las Tropas; de allí pasan a un tanque de decantación tipo París y son después evacuadas directamente al río Uruguay por medio de un canal a tajo abierto, sin necesidad de depuración, dado el enorme caudal de agua que trae el río Uruguay. La desembocadura de este canal está fuera de la ciudad, a unos dos (2) kilómetros aguas abajo del puerto. Hay una parte de la ciudad que se encuentra a un nivel inferior al de las crecientes mayores ordinarias y más bajo también que el de los colectores principales; así es que, las aguas servidas de esa parte, no pudiendo ser extraídas por esos colectores, hubo la necesidad de formar una zona especial, con su colector, que va a descargar directamente al canal a tajo abierto antes citado.

A excepción de los sifones con sus obras accesorias, que en la ciudad de Paysandú no hubo necesidad de construir, en todos los demás detalles de las obras se ha adoptado el mismo criterio que para la ciudad de Salto; así es que, se deja de describirlas, porque sería una repetición de lo que se ha dicho al mencionar las de Salto.

El tanque de decantación que existe en la extremidad del colector que hace las veces de emisario, se ha construido para que las aguas servidas sean evacuadas al río Uruguay, solamente después de ser despojadas de toda materia sólida, siendo esas aguas conducidas a ese río por medio de un canal a

tajo abierto revestido de mampostería de piedra con rejuntado de mortero de portland.

Las obras de cloacas construídas en la ciudad de Paysandú ocupan la extensión necesaria para servir toda la parte que actualmente está edificada, la que representa una superficie de unas 230 hectáreas y una población de 21,000 habitantes. Se han previsto las obras para un ensanche futuro que alcanzaría a 440 hectáreas y una población de 42,000 habitantes. El cálculo de los perfiles longitudinales y de las secciones de los colectores y de las canalizaciones se hizo basándose en los siguientes datos:

1.º Que la cantidad de agua servida sea igual a la cantidad de agua potable distribuída, o sea por habitante y por día 150 litros, pero admitiéndose que la evacuación se realizará en 12 horas.

2.º Que el número de habitantes por hectárea (término medio) sea de 95.

3.º Que las lluvias prolongadas sean de 27 litros de agua por hectárea y por segundo.

4.º Asegurando a las cañerías de conexión de los inmuebles, una pendiente mínima de 2 o/o.

Numeración de las diferentes obras que constituyen la red cloacal actual de la ciudad de Paysandú

- a) Colectores principales y secundarios, largo total 9 km. 480m20.
- b) Las canalizaciones de 0m200 a 0m550, largo total 46 km. 288m40.
- c) Cuatro (4) colectores de descarga de los colectores principales.
- d) Cuatro (4) vertederos de tormenta, 3 de 2.400 litros y uno (1) de 600 litros para descargar los colectores.
- e) Un (1) tanque de decantación a la salida de los colectores.
- f) Sesenta (60) cámaras de visita o registros sobre colectores.
- g) Ciento ochenta y ocho (188) cámaras de visita o registro sobre canalizaciones.
- h) Ciento noventa y cuatro (194) bocas de tormenta.
- i) Mil seiscientos cincuenta y cinco (1,655) conexiones domiciliarias.

- j) Cuarenta y siete (47) cámaras de limpia de 500 litros.
Treinta y siete (37) cámaras de limpia de 1,000 litros.
Catorce (14) cámaras de limpia de 1,500 litros.
Diez y ocho (18) cámaras de limpia de 2,000 litros.

D) MERCEDES

En esta ciudad, como en las de Salto y Paysandú, para la construcción de la red cloacal se ha aprovechado de los declives naturales del suelo, asegurando así, de una manera económica, a las aguas, la velocidad requerida para que arrastren las arenas e inmundicias. Los fuertes declives disponibles y la posibilidad de obrar por simple gravitación, por una parte, la abundancia de aguas pluviales y el deseo de ver desaparecer las zanjas molestas que existían al borde de las veredas, por otra parte, hicieron imponer aquí también como más ventajoso el *sistema unitario*. La red de cloacas está formada por las canalizaciones que vierten sus aguas directamente a los colectores secundarios y principal, desembocando éste en el río Negro aguas abajo de la ciudad en las proximidades de la barra del arroyo Dacá.

Hay canalizaciones de descarga, aliviaderos de los colectores en caso de lluvias excepcionales.

Se han construido las obras para servir únicamente la parte que actualmente está edificada, que representa una superficie de unas 150 hectáreas y una población que será de unos 22,000 habitantes. Pero los colectores y canalizaciones han sido calculados para que puedan servir para recibir, además de las aguas provenientes de la parte que actualmente está habitada, el contingente de las aguas residuales y meteóricas del ensanche futuro, o sea de toda la parte de la ciudad aun no construída, donde hay calles abiertas al tráfico y previniéndose también que la ciudad pueda extenderse hacia el este hasta la línea del ferrocarril. La superficie total de la ciudad, comprendiendo el ensanche futuro, alcanza a 320 hectáreas, y la población a 31,400 habitantes.

Las mismas bases admitidas para el cálculo de la red de la ciudad de Paysandú, ya expuestas, han servido para la ciudad de Mercedes.

Las diferentes obras que constituyen la red de cloacas son:

- a) Los colectores principales y secundarios, incluso canalizaciones de descarga, en una longitud total de 11 km. 551m80.
- b) Las canalizaciones de 0m200 a 0m600, largo total 36 km. 624m27.
- c) Tres (3) vertederos de tormenta de 1.600 litros cada uno.
- d) Un (1) sifón para pasar debajo de la cañada o depresión existente en las bocacalles Bequeló y Detomasi.
- e) Dos (2) cámaras de origen y de salida del sifón.
- f) Dos (2) cámaras de arena antes del sifón.
- g) Treinta y cinco (35) cámaras de visita o registros sobre colectores.
- h) Ciento ochenta y tres (183) cámaras de visita o registros sobre canalizaciones.
- i) Ciento sesenta y tres (163) bocas de tormenta.
- j) Mil setecientos cincuenta y cinco (1.755) acometidas domiciliarias entre el pavimento exterior de los inmuebles y la red general.
- k) Treinta y ocho (38) cámaras de limpia de 500 litros. Veintisiete (27) cámaras de limpia de 1,000 litros. Diez y seis (16) cámaras de limpia de 1,500 litros. Once (11) cámaras de limpia de 2,000 litros.

Información ampliatoria

Las obras de saneamiento y de agua potable descriptas anteriormente, fueron ejecutadas, por contrato, por la Empresa norteamericana "Ellen Contracting Company".

Las obras de Salto se iniciaron el 1.º de agosto de 1916, las de Paysandú el 1.º de octubre de 1916, y las de Mercedes el 1.º de noviembre de 1916, y se terminaron o se recibieron provisionalmente: las de Salto el 13 de diciembre de 1917, las de Paysandú el 25 de abril de 1918, y las de Mercedes el 31 de enero de 1918.

Las obras de Salto costaron un millón trescientos ocho mil ciento setenta y dos pesos setenta y ocho centésimos (\$ 1.308.172.78), las de Paysandú un millón seiscientos treinta y tres mil seiscientos noventa pesos con noventa y ocho centésimos (\$ 1.633.690.98), y las de Mercedes un millón

trescientos ochenta y siete mil ochenta y ocho pesos con treinta y un centésimos (\$ 1.387,088.31).

Desde el día 4 de agosto de 1919 están libradas al servicio público las obras de saneamiento y agua potable de la ciudad de Salto, las de Paysandú desde el día 9 de agosto de 1919 y desde el día 15 de agosto de 1919 las de Mercedes.

Las obras mencionadas de las tres ciudades se están explotando y conservando por la Inspección General de Saneamiento del Ministerio de Obras Públicas.

Montevideo, octubre 29 de 1920.

12. Aplicación de los diversos sistemas de pavimentación

PAVIMENTACIÓN DE MONTEVIDEO

La Dirección de Obras Municipales, División de Niveles y Calzadas, nos ha proporcionado la siguiente relación de los diversos afirmados de las calles y caminos del Departamento de la Capital:

Año 1920

Pavimentos asfálticos	m ²	311,941
Adoquinados	"	1.121,800
Empedrados	"	1.715,430
Durax.	"	5,000
Macadam.	ml.	200,000

13. Organización y funcionamiento del Servicio de Sanidad Marítima

POR EL DOCTOR LUIS D. BRUSCO

Legislación

La Administración Sanitaria Marítima en el Uruguay corresponde al Consejo Nacional de Higiene, según los términos de la Ley de creación de éste promulgada el año 1895.

Dicha Corporación es la autoridad superior de higiene pública del país, y aunque no le corresponde la administración de los Servicios Sanitarios Municipales y de Asistencia Pública, que están a cargo respectivamente de los Concejos Departamentales de Administración y de la Dirección de Asistencia Pública, en casos extraordinarios de epidemias exóticas está autorizado el Poder Ejecutivo para poner bajo la dirección del Consejo todas las instalaciones, y servicios de que dispongan las citadas corporaciones.

En lo *económico-administrativo* compete al Consejo expedir las patentes de sanidad y recaudar todos los impuestos sanitarios, rindiendo cuenta mensual e instruída a la Contaduría General del Estado; formar el tesoro sanitario; proponer en terna al Poder Ejecutivo las personas que deben ser nombradas para proveer las vacantes que se produzcan en los cargos médicos de su dependencia.

En lo *sanitario* le compete igualmente dictar todos los reglamentos, ordenanzas y disposiciones que considere necesarios para evitar la invasión y propagación de cualquier enfermedad infecto-contagiosa, y hacer efectivas esas medidas por el personal de su dependencia, en todo el territorio de la República, a cuyo efecto están bajo su dirección y administra-

ción el personal, instalaciones terrestres y flotantes, lazaretos y todo el material científico y accesorios destinados al mismo objeto. Además, el Consejo será siempre requerido por el Poder Ejecutivo para dictaminar sobre las instrucciones que deban darse a los negociadores de tratados o convenciones sanitarias, que la República haya de celebrar con los demás países.

El Consejo dependía del Ministerio del Interior; hoy, con la reforma de la Constitución, lo es del Consejo Nacional de Administración, y por los términos de la misma es una autoridad autónoma.

Inspección de Sanidad Marítima

El Consejo es una autoridad deliberante y también ejecutiva de los servicios de sanidad marítima; sin embargo, para la administración de estos servicios existe la *Inspección de Sanidad Marítima*, que es la Oficina encargada de hacer cumplir todas las disposiciones relativas a la defensa sanitaria del país por la frontera marítima. El Consejo delibera; la Inspección ejecuta.

Esta Oficina tiene, por lo tanto, a su cargo el servicio sanitario de los puertos y los demás cometidos, especificados en el respectivo Reglamento de la Inspección de Sanidad Marítima.

La Inspección tiene dos secciones: la administrativa y la sanitaria.

A la primera le corresponde el expendio de las *patentes de sanidad*; llevar los libros de entradas y salidas de los buques; expedir los certificados para los enfermos procedentes de los buques que deban ingresar a los hospitales, previo reconocimiento de éstos por los médicos de sanidad; denunciar a la Dirección de Salubridad Municipal el nombre de los enfermos infecto-contagiosos que se deban desembarcar para ser llevados a la Casa de Aislamiento para su correspondiente asistencia; llevar el libro de los vacunados a bordo y en la Oficina; confeccionar la estadística sanitaria marítima; llevar la contabilidad y comunicar diariamente al señor Presidente del Consejo Nacional de Higiene el movimiento del

Puerto, con todas las novedades sanitarias y las medidas aplicadas en cada caso.

La *sección sanitaria* tiene por cometido: visitar todos los buques que llegan al Puerto; examinar todos los enfermos que deban desembarcar para asistirse en la ciudad o en los hospitales: vacunación o revacunación del pasaje, según los términos de la ordenanza respectiva; ordenar las visitas de sanidad, los servicios de desinfección, de Guardas Sanitarios y del Cuerpo de Desinfectadores; visitar los enfermos de los buques fondeados cuando deban desembarcar y no puedan concurrir a la Inspección para su reconocimiento.

La sección administrativa tiene el siguiente personal: un Secretario-Receptor, un Oficial de Secretaría y un Auxiliar.

La sección sanitaria la constituyen: tres médicos, tres ayudantes, quince Guardas Sanitarios y cinco Desinfectadores.

Los deberes de cada uno de estos funcionarios están establecidos en el Reglamento de la Inspección, y corresponden a los diversos servicios que cada uno debe desempeñar, ya sea en la sección *administrativa* como en la *sanitaria*.

La inspección funciona desde la salida a la puesta del sol.

La dirección de la Inspección está a cargo del Inspector de Sanidad Marítima, que es el Jefe de la Oficina.

Los deberes del Inspector son: hacer cumplir todas las disposiciones dictadas por el Consejo Nacional de Higiene, relacionadas con la sanidad marítima, vigilando su exacta ejecución, de acuerdo con los reglamentos y ordenanzas respectivas.

Para que la unidad de acción sea eficaz y que los diversos servicios respondan siempre al mismo criterio de ejecución, especialmente los relacionados con la inspección sanitaria y la libre plática de los buques, estos servicios son severamente controlados por el Inspector, quien después de recibir las informaciones de los médicos de sanidad dictamina las providencias de cada caso, dentro de las disposiciones que los reglamentos establecen.

En esta forma las medidas aplicadas a los buques son siempre uniformes, según el estado sanitario correspondiente.

Reglamento de Sanidad Marítima.—Enfermedades exótico-pestilenciales e infecto-contagiosas.—Enfermos de rechazo.

Las medidas de profilaxis y de policía sanitaria para precaver al Uruguay de la invasión de enfermedades exótico-pestilenciales e infecto-contagiosas que pudieran ser importadas por la vía marítima, están consignadas en el Reglamento de Sanidad Marítima y además en las ordenanzas; siendo éstas ampliaciones a las establecidas en aquel Reglamento.

La defensa sanitaria del país por esa vía reposa, por lo tanto, en la aplicación severa de las disposiciones establecidas en dichos reglamentos, y ellas se refieren tanto a los puertos, a los pasajeros y a los buques, como a éstos o aquéllos, según las circunstancias.

Como principio general se consigna que cualquiera sea el estado sanitario de un navío, o de los puertos de su procedencia, jamás serán aquéllos rechazados, recibiendo siempre que se sometan al tratamiento profiláctico establecido en el Reglamento o en las ordenanzas respectivas.

La clausura de nuestros puertos a los infectados está, por lo tanto, excluida de nuestras medidas sanitarias la que, por otra parte, no estaría nunca justificada, dado los medios de defensa que la higiene internacional tiene hoy en sus manos para precaverse con éxito de la invasión de las enfermedades transmisibles o viajeras por las fronteras marítimas.

Se consideran, sin embargo, por la *Ley de Inmigración, pasajeros de rechazo*, y, por lo tanto, excluida su entrada al país, a los enfermos de *tracoma, lepra y tuberculosis abierta*, lo mismo que a los que sufren defectos mentales o físicos, siendo estos últimos de tal naturaleza que les impidan ganarse la vida.

Recibiendo nuestro país un número bastante crecido de inmigrantes, se ha considerado necesario dictar estas interdicciones como previsión social, para evitar la entrada a personas inútiles, desde el momento que dichos inmigrantes sólo serían una carga para la economía nacional, sin provecho alguno para el país.

El Reglamento de Sanidad Marítima considera enfermeda-

des exóticas: el cólera indiano, la fiebre amarilla, el beri-beri y la peste bubónica, y las que en lo sucesivo merezcan esta clasificación, e infecto-contagiosas comunes, transmisibles o importables, y capaces, por lo tanto, de comprometer la salud pública, el tifus petequial, la viruela, la escarlatina, la difteria, la meningitis cerebro-espinal epidémica, la poliomielitis aguda y la gripe epidémica.

De acuerdo con esta clasificación, todos los buques que arriban a nuestro puerto reciben su tratamiento según el estado sanitario correspondiente a las enfermedades enunciadas en dicha clasificación.

Visita de sanidad

Todos los buques procedentes del extranjero, antes de ser puestos en libre plática deben recibir la visita de sanidad; los procedentes de cabos afuera son visitados por los médicos de sanidad y los de los ríos, o cabos adentro, por los ayudantes de sanidad.

En casos extraordinarios, cuando el Consejo Nacional de Higiene lo determina, quedan también sujetos estos últimos a la visita médica.

Están exceptuados de la visita de sanidad solamente los buques que arriban para tomar o dejar práctico, o a recibir órdenes. En estos casos dichas operaciones se realizan en aislamiento, sin comunicar, por lo tanto, con tierra, y bajo la inmediata vigilancia de los Guardas Sanitarios.

La visita de sanidad es *ordinaria* o diurna, y *extraordinaria* o nocturna.

La ordinaria se pasa desde la salida a la puesta del sol, y la extraordinaria desde dicha hora hasta las 12 de la noche, y a los buques procedentes de los ríos hasta la 1 a. m.

Nuestro país fué el primero de América que estableció la visita nocturna, pues ésta data desde el año 1902, no encontrando la autoridad sanitaria, en este ya largo período, inconvenientes de ningún orden que oponer a su continuación. Es una medida que deberían adoptarla todos los países, pues las franquicias que se dan a la navegación son factores de progreso y además de suma comodidad para los viajeros.

Ninguna autoridad que no sea la sanitaria puede comuni-

car con los buques que no hubieran recibido la visita médica; queda exceptuada de esta disposición, sin embargo, la Dirección de Correos, la cual puede desembarcar la correspondencia, pero siempre bajo la vigilancia de la autoridad sanitaria y sin comunicar sus empleados con el buque que aun no ha sido visitado.

Todo buque que arribe a los puertos debe izar, al entrar, en el mástil de proa, la *bandera amarilla*; esta bandera indica que aquél se encuentra en interdicción sanitaria hasta que la autoridad le haya pasado la visita de sanidad; hasta que el buque sea reconocido.

Esta visita tiene por objeto comprobar su procedencia y las condiciones sanitarias e higiénicas del mismo, y es pasada por el médico, acompañado de los ayudantes, Guardas y los desinfectadores, y además de un intérprete.

Una vez al costado del buque que debe ser visitado, el médico de Sanidad dirige al capitán y médico de aquél las preguntas consignadas en el libro de *visitas sanitarias*, y una vez recibidas las respuestas toma las patentes de Sanidad y el libro Clínico, examinando dichos documentos para comprobar su veracidad y formar su *criterio propio* sobre la naturaleza de los enfermos anotados en el libro, porque, hay que decirlo francamente, no siempre los libros clínicos de a bordo dicen la verdad, y el médico debe, por lo tanto, buscar en el estudio de la sintomatología y tratamientos de los casos anotados, lo que se quiere, algunas veces, ocultar.

En seguida el médico hace la *visita de tacto*, entrando al buque, dirigiéndose al hospital para examinar los enfermos, si los hubiere, procediendo después al examen ocular de todo el pasaje, con especialidad al de tercera clase, el que debe merecer una rigurosa inspección para comprobar si existen enfermos o *pasajeros de rechazo* y comprobar al mismo tiempo si presentan cicatrices recientes en los brazos, de haber sido vacunados.

Mientras se hace esta visita, los desinfectadores proceden a la desinfección de las ropas de uso del pasaje, en las estufas de a bordo.

Terminada la visita y si resultase que el buque se encuentra en condiciones reglamentarias, aquél es puesto en libre plática; de lo contrario, se ordena al capitán que mantenga iza-

da la bandera amarilla, impidiendo toda comunicación, directa o indirectamente, con tierra y con las demás embarcaciones, hasta que el Inspector de Sanidad determine la resolución que corresponda, dentro de las disposiciones vigentes.

Tratamientos sanitarios

El régimen sanitario que establece el Reglamento de Sanidad Marítima y las ordenanzas respectivas para las enfermedades exótico-pestilenciales y las infecto-contagiosas, está comprendido en las siguientes medidas:

1.º Visita médica de rigurosa inspección. 2.º Vigilancia sanitaria en tierra por medio del *pasaporte sanitario*. 3.º Observación sanitaria. 4.º Higienización del pasaje de tercera clase. 5.º Desinfección. 6.º Vacunación, según las enfermedades que se trate de precaver y combatir, y aquél esté siempre en relación con la clasificación del buque, ya sea durante la navegación o a la de su llegada al puerto.

Al efecto se clasifican los buques en *infectados*, *sospechosos* o *indemnizables*, correspondiendo el tratamiento a cada uno de estos estados, según las enfermedades que pudieran presentar.

Los buques infectados por cólera, fiebre amarilla, peste bubónica y tifus exantemático son visitados en la Estación Sanitaria de la Isla de Flores, donde dejan los pasajeros, para cumplir la *observación sanitaria* correspondiente al período de incubación de la enfermedad de que se trate y proceder, al mismo tiempo, a la desinfección de sus equipajes.

Los enfermos, si los hubiere, son aislados en el Hospital correspondiente, situado en una de las islas de aquel establecimiento y sin comunicación con el local de los pasajeros en observación.

Al mismo tiempo el buque es sometido a una rigurosa desinfección, renovando el agua de bebida y procediendo a la destrucción de las ratas y de los mosquitos y larvas, según se trate de cólera, peste o fiebre amarilla.

Terminadas todas estas operaciones el buque es despachado en *observación sanitaria* para el Puerto, fondeando en el paraje que se le designe, el que nunca será a menos de doscientos metros de la costa o de otros buques fondeados si se trata de

fiebre amarilla, permitiéndose entonces sus operaciones comerciales bajo la vigilancia de los Guardas Sanitarios.

Los buques infectados por las enfermedades infecto-contagiosas que establece el Reglamento de Sanidad Marítima, son visitados en el Puerto, pero los enfermos deben ser trasladados a la Casa de Aislamiento o a la Estación Sanitaria, según lo determine el Consejo Nacional de Higiene. Sin embargo, los infectados por viruela deben desembarcar los enfermos en este último establecimiento.

Para estos últimos buques rige la vacunación obligatoria para todos los pasajeros que desembarcan, la que también es obligatoria para los de tercera clase de todos los buques que arriben al Puerto, cualquiera que sea su estado sanitario o su procedencia.

El Uruguay fué uno de los primeros países del Continente que adoptó esta medida profiláctica para los buques infectados por la *viruela*.

La primera *Ordenanza* fué dictada por la ex *Junta de Sanidad* el año 1882, haciendo obligatoria la vacunación para los estibadores y demás personas que prestaran servicios a bordo de los buques que llegaren al Puerto con enfermos de dicha enfermedad.

Desde el año 1902 esta vacunación es obligatoria, como ya dijimos, para todos los pasajeros de tercera clase.

Los *buques sospechosos* que proceden de puertos infectados son visitados en el Puerto y sometidos al siguiente tratamiento: visita de rigurosa inspección: vigilancia en tierra, por medio o no del *pasaporte sanitario* y desinfección.

Los *buques indemnes* son recibidos en libre plática, previa la correspondiente visita de sanidad.

Patentes de Sanidad

Los buques procedentes de puertos extranjeros están obligados a presentar al Médico de visita o al ayudante de la Inspección de Sanidad Marítima, según los casos, la patente de sanidad del Puerto de partida y de los de escala, visada por los respectivos Cónsules uruguayos, y además las que éstos les expidan.

Las patentes se dividen en *limpias y sucias*: las prime-

ras son las que expresan la ausencia de enfermedades exóticas e infecto-contagiosas en el puerto de partida y en los de escala, y *las segundas* las que consignan casos aislados o estados epidémicos de las referidas afecciones en los puertos indicados.

Se consideran igualmente *sucias*, las patentes que denuncian la llegada a *puertos indemnes* de buques infectados, contra los cuales las autoridades locales no hayan adoptado medidas precaucionales.

Las patentes de sanidad, tal como son llenadas hoy por las autoridades de casi todos los países, no representan, para el puerto de llegada, ningún valor, como *documento informativo* del estado sanitario de los puertos de procedencia, pues dichas autoridades raramente *anotan* sus patentes, dejando casi siempre en blanco los renglones de las enfermedades reinantes en sus respectivos puertos.

¿Qué valor, pues, pueden acordarle las autoridades a estos documentos, expedidos en esta forma?

Para que la patente de sanidad llenara sus fines sería necesario un acuerdo internacional, imponiéndose a las autoridades sanitarias de cada uno de los puertos la obligación de *anotar* en la patente de los buques, antes de que éstos partan, las enfermedades contagiosas existentes en dichas localidades.

En la Conferencia Sanitaria celebrada en Wáshington el año 1902 se votó esa conclusión, y el doctor Eduardo Licéaga, de la Delegación de México, decía: “en todos los países se considera un progreso hecho en la higiene pública, la declaración obligatoria de las enfermedades transmisibles que existan en una localidad; declaración hecha por los médicos ante la autoridad sanitaria, para que ésta procure tomar todas las medidas conducentes a evitar el desarrollo de esas enfermedades o su propagación.

“Si, pues, es un progreso en cada nación, debemos empeñarnos en que lo sea también en la policía internacional sanitaria, pues no se concibe que lo que es un deber de los individuos hacia las autoridades de su propio país, deje de serlo de nación a nación”.

Debemos insistir por lo tanto, en que estas informaciones

sean obligatorias, *ratificando* al efecto la resolución de la Conferencia de Wáshington antes nombrada.

Pasaporte sanitario

El pasaporte sanitario fué instituído el año 1892 por la ex Junta de Sanidad y su objeto es el extender la vigilancia sobre el estado de salud de los pasajeros, en los casos previstos en el Reglamento de Sanidad Marítima, hasta completar el período de inculación de la enfermedad que se trata de prevenir o combatir.

Este documento, donde están anotados el nombre, nacionalidad, estado, edad, procedencia y filiación del pasajero, se le entrega al bajar de a bordo, y aquél debe conservarlo en su poder para presentarlo a la autoridad sanitaria, al tiempo de la visita médica domiciliaria que diariamente debe hacerle.

El pasajero debe dar su domicilio dentro del límite del Bulevar Artigas y no puede abandonarlo hasta terminado el período de observación, una vez dado de alta por la misma autoridad.

Nuestro país fué también el primero de América que adoptó la *vigilancia* en tierra por medio del pasaporte sanitario, habiendo dado, en los casos que aquélla fué ejercida, resultados favorables, sin ofrecer inconvenientes en la práctica, que hicieran difícil su exacto cumplimiento.

Esta medida de inspección médica puede servir, al mismo tiempo, para aminorar los rigores de los tratamientos sanitarios, suprimiendo interdicciones o procedimientos profilácticos restrictivos, que si deben mantenerse cuando la salud pública lo exige, no pueden, en cambio, exagerarse si el peligro es relativo o fácil de dominar con otros medios.

El pasaporte sanitario puede llenar esos fines, y las autoridades deben aprovecharlo cuando las circunstancias lo reclamen y los intereses sanitarios lo exijan, favoreciendo de ese modo a los de la navegación y del comercio internacional, necesarios, tanto como aquéllos, para el bienestar de los pueblos.

Convenciones sanitarias internacionales

Los tratamientos sanitarios anteriormente mencionados han sido, muchas veces, modificados para ponerlos de acuer-

do con las medidas establecidas en las convenciones internacionales celebradas por el Uruguay.

Actualmente nuestro país no mantiene ningún tratado de esa naturaleza en vigencia, pues todas las convenciones han caducado por haber terminado el período de tiempo por el cual fueron estipuladas.

Sin embargo, el Consejo Nacional de Higiene siguiendo su política sanitaria tradicional de armonía y de mutua concordia con los países que anteriormente firmaron las anteriores convenciones, ha propuesto al Gobierno se iniciaran negociaciones para arribar a un nuevo tratado.

Consideramos de verdadera utilidad el llegar a ese resultado, pues estos acuerdos internacionales son, no solamente instrumentos poderosos para la defensa sanitaria de un país, sino también lazos de unión, de amistad y de recíproca conveniencia para los intereses comerciales y económicos de los Estados contratantes. Porque hay que tener presente que las medidas sanitarias de defensa de un país, por lo general, son consideradas severas, cuando no injustas o agresivas, por el Estado contra el cual se dictan; por lo tanto, nada más patriótico, para evitar estas interpretaciones, que siempre lastiman susceptibilidades dignas de tenerse en cuenta, que los acuerdos sanitarios, en los cuales todos los intereses son contemplados en beneficio común, al dictar las medidas y procedimientos uniformes que deben regular la policía de defensa internacional.

Escuela de Guardas Sanitarios

Esta Escuela fué fundada el año 1896, con el objeto de proporcionar a los alumnos los conocimientos teóricos y prácticos indispensables, para que pudieran desempeñar debidamente los cometidos de Guardas Sanitarios. El programa de estudios comprende las siguientes materias: conocimiento del Reglamento de Sanidad Marítima y el de los países que mantienen navegación con el Uruguay; conocimientos generales sobre la sintomatología y profilaxis de las enfermedades exótico-pestilenciales e infecto-contagiosas; conocimientos especiales de los diversos procedimientos de desinfección y manera de emplear los desinfectantes; vacunación, análisis de ori-

nas, uso del termómetro y ejercicios prácticos de desinfección.

Estos Guardas prestan sus servicios a bordo, desempeñando sus cometidos, determinados en un Reglamento especial, bajo la dirección de los médicos de sanidad.

Privilegios de paquete

Los buques, para obtener este privilegio, deben presentar por escrito al Consejo Nacional de Higiene la solicitud correspondiente, probando que han llenado los siguientes requisitos: que aquéllos están provistos de médicos diplomados; que poseen estufa de desinfección; que tienen botiquín y suficiente provisión de drogas y desinfectantes; que poseen *libro clínico y recetario*. Esta solicitud debe ser informada antes de ser despachada por la Inspección de Sanidad Marítima. Los beneficios que reciben los buques, con la obtención de los privilegios de paquete, consisten en las franquicias que les acuerdan los reglamentos de Aduanas para su entrada y despacho, lo mismo que el poder operar tanto de día como de noche.

Por parte de la Sanidad también obtienen sus facilidades, pues pueden, en casos determinados, cuando deben sufrir un tratamiento sanitario determinado, efectuar las desinfecciones en las estufas de a bordo, en vez de realizarlas en la Estación Sanitaria de la Isla de Flores.

Penalidades

Por los términos de la ley promulgada el 17 de abril del año 1902, las infracciones al Reglamento de Sanidad Marítima se castigan con multas.

Se consideran infracciones, y, por lo tanto, sujetas a multa, el entrar al puerto sin bandera amarilla izada en el mástil de proa: \$ 50; la falta de verdad al ser interrogados los capitanes por la autoridad sanitaria, de 50 a 500 pesos, según la gravedad del caso.

El no impedir la comunicación de sus respectivos buques con otras embarcaciones, antes de recibir la *visita de sanidad*: de 50 a 400 pesos.

Los que ocultaren enfermos de cualquier naturaleza, ineu-

rren en una multa de 200 a 500 pesos; y de 500 a 1,000 pesos, si permitiesen el desembarco de los mismos, sin permiso de la autoridad sanitaria.

La falta de cumplimiento a las órdenes recibidas de la autoridad sanitaria es penada con 200 pesos, y en la misma cantidad los vapores que no tengan privilegio de paquete y conduzcan 60 o más personas, entre pasajeros y tripulantes, sin llevar médico a bordo.

Los vapores que gocen de privilegio de paquete y que dejen de llenar las condiciones determinadas en el Reglamento de Sanidad, al otorgarles dichos privilegios, incurren en una multa de 50 a 200 pesos, según la gravedad de la infracción.

Las multas establecidas anteriormente son aplicadas por la Inspección de Sanidad Marítima y pueden hacerse efectivas contra el Capitán, el Agente o el dueño del buque, los que responderán solidariamente al pago de ellas.

Estación sanitaria de la Isla de Flores

La Isla de Flores está situada a diez y seis millas al oriente del puerto de Montevideo, y es el paso obligado de entrada para los buques de procedencias extranjeras, por encontrarse en frente de ella el canal profundo de aguas del estuario.

La Isla de Flores es un conjunto de tres islas: en la primera se encuentran los edificios de alojamiento para los pasajeros, personal sanitario, cuerpo de guardia y proveeduría.

El edificio está dividido en tres pabellones completamente separados, cada uno con sus dependencias independientes; de modo que los grupos de pasajeros de observación queden aislados unos de los otros. Cada pabellón tiene un servicio de baños.

En esta isla se encuentra la farmacia y el desinfectorio: éste consta de un pabellón, con cuatro grandes estufas de vapor de agua a baja presión y una cámara de desinfección química. Además, en un pabellón independiente, se mantiene una oficina de correos y telégrafos, en comunicación esta última con el Telégrafo Nacional, por medio de un cable submarino.

También existe una comunicación telefónica directa con el Consejo Nacional de Higiene y la Inspección de Sanidad Marítima.

Todo el edificio está iluminado a luz eléctrica.

En la segunda isla está instalado el Hospital para asistencia y aislamiento de los enfermos infecto-contagiosos.

En la tercera isla se encuentra el pabellón para la asistencia de enfermos de enfermedades pestilenciales-exóticas, con un pequeño pabellón para desinfectorio, con su estufa correspondiente; una sala de autopsias y un crematorio de cadáveres.

La administración sanitaria de la Estación está bajo la dirección de un médico, con su personal de practicantes, farmacéutico, enfermeros, desinfectadores y peones. La Estación Sanitaria depende directamente del Consejo Nacional de Higiene.

Otras disposiciones

Los capitanes de los buques surtos en el puerto están obligados a poner en conocimiento de la Inspección de Sanidad Marítima la existencia de enfermos a bordo, para su debido reconocimiento por los médicos de la Inspección.

En caso de que dichos enfermos quieran hospitalizarse en la ciudad, entonces éstos deben concurrir a la Oficina, también para su reconocimiento y obtener el pase correspondiente para los respectivos hospitales.

En esta forma la Inspección está siempre en conocimiento de las enfermedades producidas en los buques surtos en el Puerto, lo que le permite, en caso de tratarse de enfermedades infecto-contagiosas, dictar las medidas correspondientes de profilaxis.

El puerto de Montevideo es el único habilitado para aplicar tratamientos sanitarios a los buques procedentes del exterior, y ninguno puede seguir viaje para cualquiera otro de la República, sin antes someterse al tratamiento correspondiente.

Esta disposición de carácter general puede, sin embargo, modificarse con relación al litoral del río Uruguay, que es la frontera oeste de la República que lo separa de la Argentina, cuando aparezca una enfermedad exótica en dicha República.

Entonces el Consejo Nacional de Higiene está autorizado para habilitar alguno de los puertos del río Uruguay que posean estaciones sanitarias y de desinfección para recibir los

buques procedentes de aquel país y de acuerdo siempre con los principios de profilaxis consignados en el Reglamento de Sanidad Marítima.

Para los servicios del puerto y de la Estación Sanitaria de la Isla de Flores, el Consejo Nacional de Higiene tiene un vapor, el "Sanidad", el que se utiliza en dichos servicios.

Este vapor está bajo la inmediata dependencia de la Inspección de Sanidad Marítima.

15. Datos sobre el funcionamiento del Centro Informativo Sanitario

POR EL DOCTOR E. FERNÁNDEZ ESPIRO

Los datos que podemos suministrar en esta oportunidad, sobre el funcionamiento del Centro Informativo Sanitario, son casi los mismos que dimos a conocer en el informe que presentamos a la V Conferencia. En efecto: las gestiones que se hicieron antes de ahora, para saber en qué países se habían instalado las Comisiones de Sanidad con las cuales debiera estar en comunicación dicho Centro, no dieron el resultado que se deseaba, puesto que únicamente se tuvo conocimiento, a su debido tiempo, de la que está instalada en Santiago de Chile, bajo la dependencia de la Oficina de Higiene y Beneficencia del Ministerio del Interior. Esa Comisión ha remitido este año al Centro Informativo su "Boletín Sanitario Internacional", dirigido por el doctor Pedro L. Ferrer. En esa publicación se consignan los datos estadísticos relativos al tifus exantemático y a la peste bubónica.

Con verdadero sentimiento tenemos que manifestar, que no hemos recibido noticias, hasta ahora, sobre la instalación de las mencionadas Comisiones en la Argentina, Bolivia, Brasil, Perú y Paraguay. Nuestro deseo hubiera sido poder informar en esta oportunidad que ellas ya estaban funcionando y que se recibían periódicamente los datos que debe obtener el Centro Informativo para enviarlos a la Oficina Sanitaria Internacional de Washington.

Debemos creer, que si se ha retardado en los referidos países el cumplimiento de la recomendación que hizo la V Conferencia, en cuanto a la constitución de esas Comisiones, ha sido seguramente porque ha habido dificultades para poder instalarlas en su debida oportunidad.

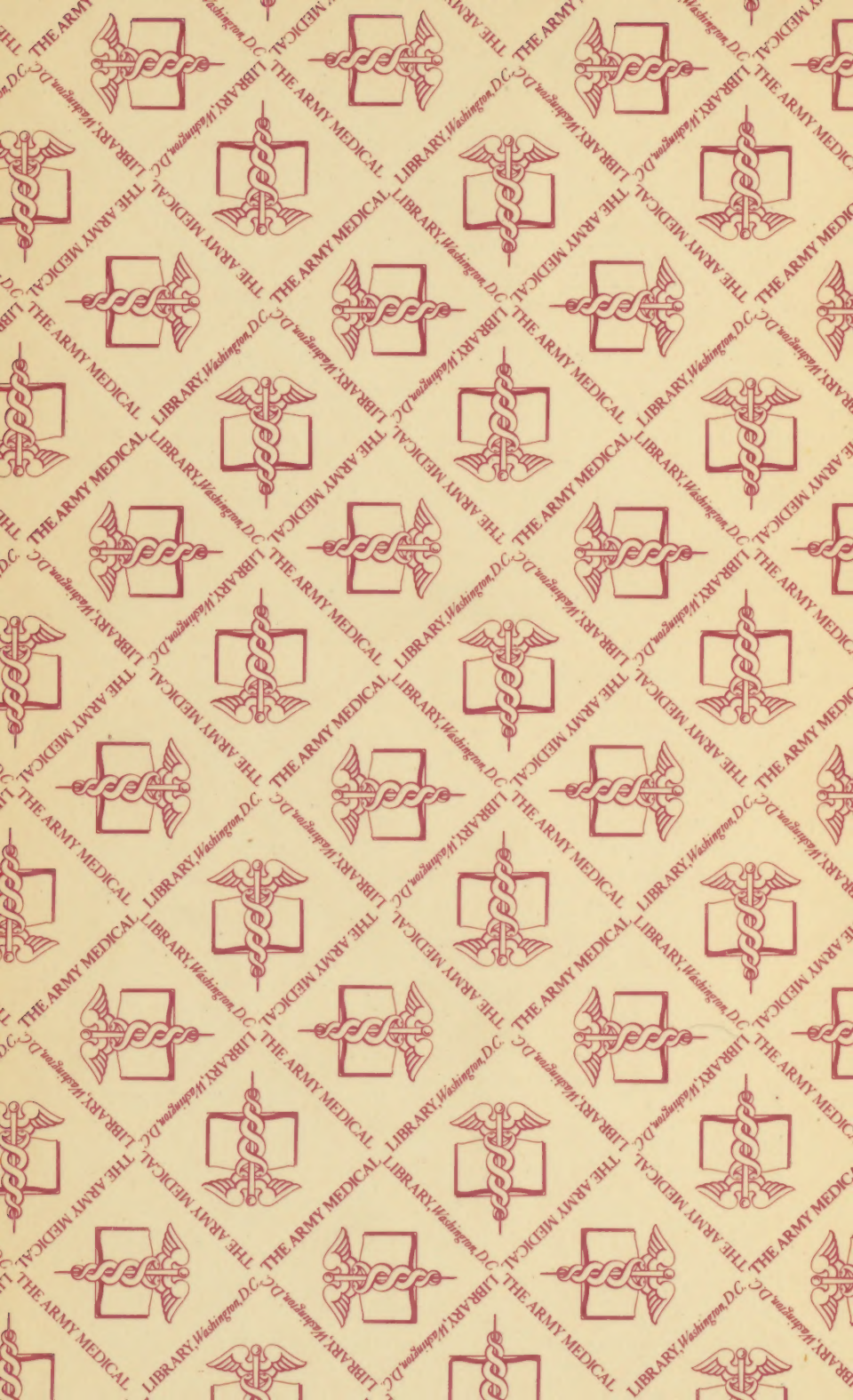
De cualquiera manera, cúmplenos hacer presente que el Centro Informativo ha solicitado del Ministerio de Relaciones Exteriores, por repetidas veces, que se dignase recabar informes de los Gobiernos de los países aludidos, respecto a la constitución de dichas Comisiones, con indicación de las personas designadas para integrar cada una de ellas y de la que hubiese sido nombrada en calidad de Director. Como esos datos no se han recibido, el Centro Informativo se ha visto en la imposibilidad de llenar debidamente los cometidos que se le han señalado, desde que se dispuso su instalación en esta ciudad.

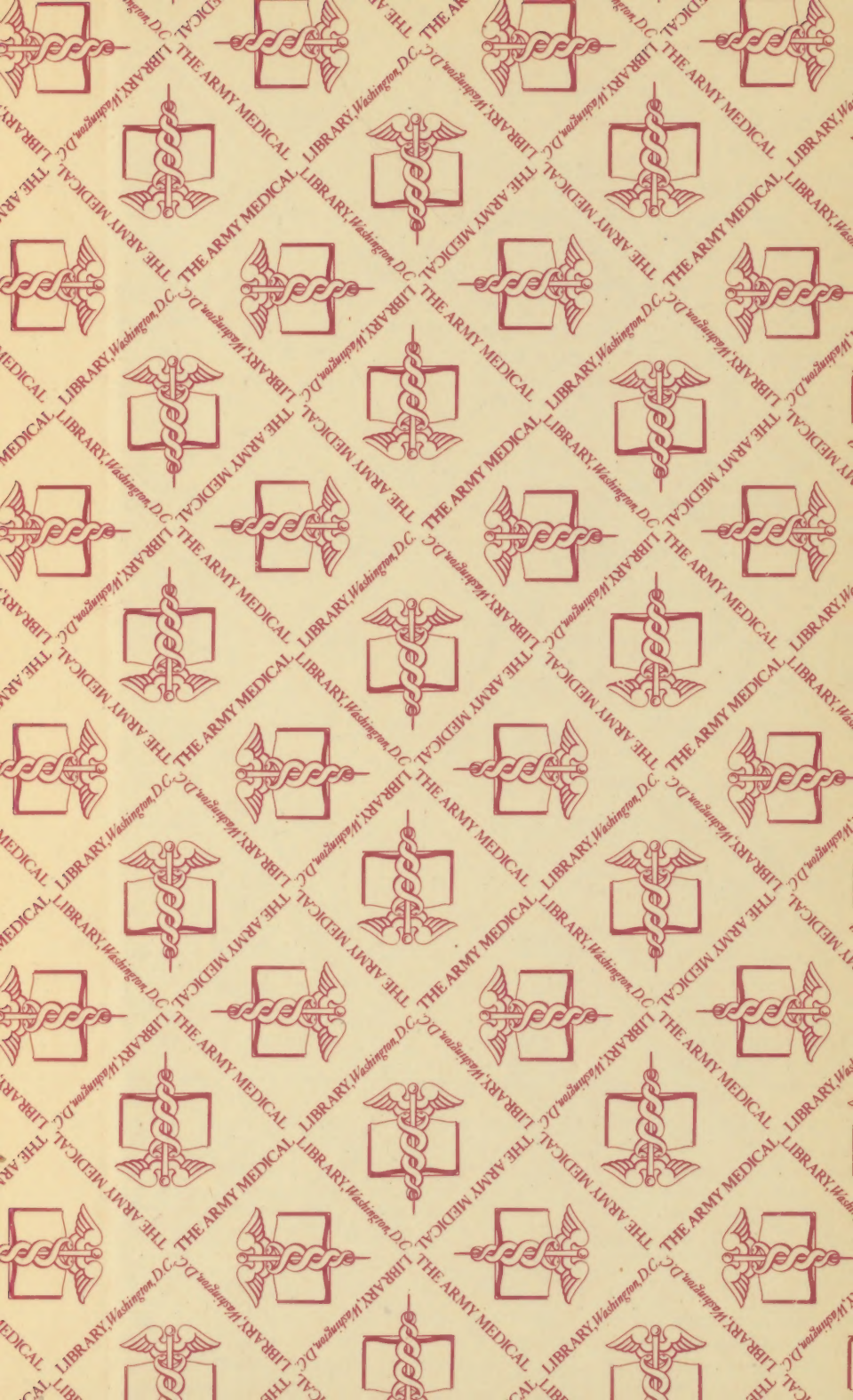
Habría necesidad, por consiguiente, de que esta Conferencia se ocupase de este asunto en el sentido de recomendar nuevamente a los países que no tengan constituídas sus Comisiones de Sanidad que se sirvan hacerlo oportunamente, dando conocimiento de ello al Centro Informativo, por el órgano correspondiente. Una vez llenados estos requisitos se dará cumplimiento de inmediato a lo que se ha resuelto sobre el envío a la Oficina Sanitaria Internacional de Wáshington, de los datos que se nos remitan regularmente.

ÍNDICE

ÍNDICE

	Págs.
Programa.	5
1. Disposiciones de carácter sanitario dictadas desde el año 1911 a 1920	7
2. Adopción de las resoluciones tomadas por las Conferencias anteriores	68
3. Enumeración de las enfermedades contagiosas que hayan reinado después de la V Conferencia (especialmente la <i>Gripe</i>), medidas adoptadas para evitar su propagación, número de casos y defunciones.	72
4. Consideraciones relativas a la aparición y desarrollo de la Peste Bubónica; procedimientos empleados para combatirla; sus resultados.	92
5. Frecuencia de la Meningitis cerebro-espinal epidémica, de la Poliomiелitis anterior transmisible y la Encefalitis letárgica.	100
6. Estado actual de la lucha contra la Tuberculosis, Fiebre amarilla, Tracoma y Anquilostomiasis	108
7. Datos referentes a la Lepra y a las medidas puestas en práctica para evitar su difusión.	114
8. Estado actual de la lucha contra la Avariosis.	132
9. Organización y funcionamiento del servicio de desinfección. Trabajos realizados	140
10. La población del Uruguay, de 1910 a 1919 inclusive.	150
11. Servicios de aguas corrientes y alcantarillado. Su extensión	161
12. Aplicación de los diversos sistemas de pavimentación	206
13. Organización y funcionamiento del servicio de sanidad marítima	207
15. Datos sobre el funcionamiento del Centro Informativo Sanitario	222





W3 PA475 1920m

24730640R



NLM 05126494 1

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE